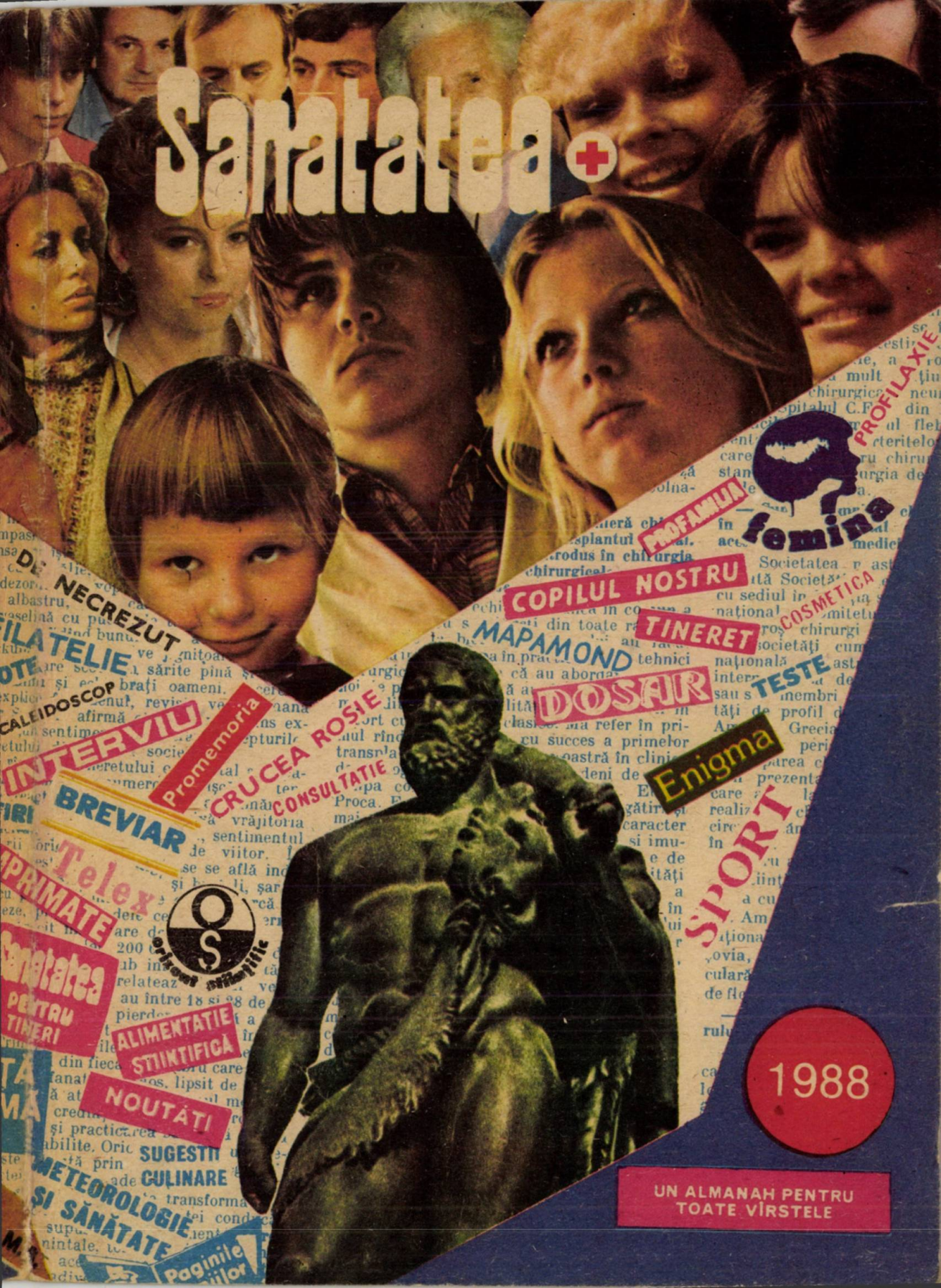


Sănătatea +



DE NECREZUT
ILATIE
TE
CALEIDOSCOPIU
INTERVIU
BREVIA
PRIMATE
Sănătatea
PENTRU
TINERI
ALIMENTATIE
STIINTIFICĂ
NOUTĂȚI
SUGESTII
CULINARE
METEOROLOGIE
SI SĂNĂTATE
Paginile
noilor

Promemoria

CRUCEA ROȘIE
CONSULTATIE

COPILUL NOSTRU

MAPAMOND

TINERET

DOSAR

Enigma

TESTE

SPORT

1988

UN ALMANAH PENTRU
TOATE VÂRSTELE



SUB SEMNUL CONFERINȚEI NAȚIONALE A P.C.R.

„Întreaga noastră activitate trebuie să aibă permanent în vedere asigurarea unei sănătăți cit mai bune a populației, sporirea natalității, realizarea unei structuri cit mai armonioase de vîrstă a populației. De aceasta depind viitorul poporului, însăși făurirea cu succes a socialismului și comunismului în patria noastră”.

NICOLAE CEAUȘESCU

UN STRĂLUCIT CTITOR DE ȚARĂ NOUĂ, UN PROGRAM DE AMPLU ORIZONT

A intrat în practica societății noastre ca în intervalul dintre două congrese ale Partidului Comunist Român să aibă loc un eveniment de importanță majoră pentru viața țării: Conferința Națională a partidului.

Un asemenea eveniment, așteptat de întregul nostru popor cu un interes deosebit, va avea loc în curînd. În cinstea sa în întreprinderi și instituții, la sate, în școli și facultăți se desfășoară ample manifestări care atestă că fiecare om al acestei țări dorește să îndeplinească Conferința Națională a partidului prin noi fapte de muncă, prin noi realizări – contribuții firești, necesare la mersul mereu ascendent al patriei, la dezvoltarea ei economică, socială și spirituală.

Această angajare responsabilă este rodul conștiinței noastre colective, al speranțelor noastre de mai bine, al încrederii că sub conducerea partidului, a secretarului său general, tovarășul Nicolae Ceaușescu, vom îndeplini integral prevederile cuprinse în documentele Congresului al XIII-lea și Programul partidului de edificare a societății socialiste multilateral dezvoltate și înaintare a României spre comunism.

Progresul multilateral al patriei noastre în ultimele decenii, marile și profunde transformări revoluționare produse în toate domeniile vieții economice, sociale și politice dezvăluie tot mai larg însemnătatea deosebită a Congresului al IX-lea al partidului, demonstrează legitimitatea istorice alegeri a tovarășului Nicolae Ceaușescu, prin voința unanimă a comuniștilor, a întregului popor ca secretar general al partidului, a investiției sale în funcțiile superioare de

partid și de stat. Strălucit militant și conducător comunist, tovarășul Nicolae Ceaușescu a adus și aduce o contribuție remarcabilă, de inestimabilă valoare la înălțarea edificiului socialist și comunist al României, la creșterea prestigiului țării pe arena internațională. În anii construcției socialiste producția industrială a crescut de peste 100 de ori în comparație cu anul 1944, producția agricolă de circa 6 ori, venitul național de peste 32 de ori. S-au creat noi ramuri moderne ale industriei, care asigură mai mult de 60 la sută din întregul venit național. Pe această bază a avut loc creșterea continuă a nivelului de trai material și spiritual al poporului – țelul suprem al politicii partidului, esența societății socialiste multilateral dezvoltate pe care o edificăm cu succes în România.

O dată cu creșterea forțelor de producție și în strînsă legătură cu acestea a cunoscut o puternică dezvoltare știința, învățămîntul, cultura – factori primordiali pentru făurirea cu succes a noii orînduirii sociale. Se poate afirma cu deplină temei că activitatea ideologică, politico-educativă, culturală a constituit o adevărată forță motrice a dezvoltării societății noastre în toate domeniile.

Ansamblul dezvoltării economice a făcut posibil ca 3,5 milioane de noi locuri de muncă să fie asigurate începînd din 1965. Ele au creat condiții ca, practic, întreaga populație de vîrstă activă să poată beneficia de profesii noi, corespunzătoare profilului școlilor urmate. Numărul mediu al personalului muncitor a sporit de la 4 305 300 la peste 7 752 000. În acest fel s-a revoluționat



însăși structura ocupațiilor. Dacă până nu demult din totalul populației active marea majoritate o formau cei ce lucrau în domeniul agricol, s-a ajuns în prezent ca 71 la sută din oamenii muncii să lucreze în industrie și în celelalte ramuri ne-agricole. În același timp, a crescut și ponderea femeilor în totalul personalului, ajungând la 40 la sută.

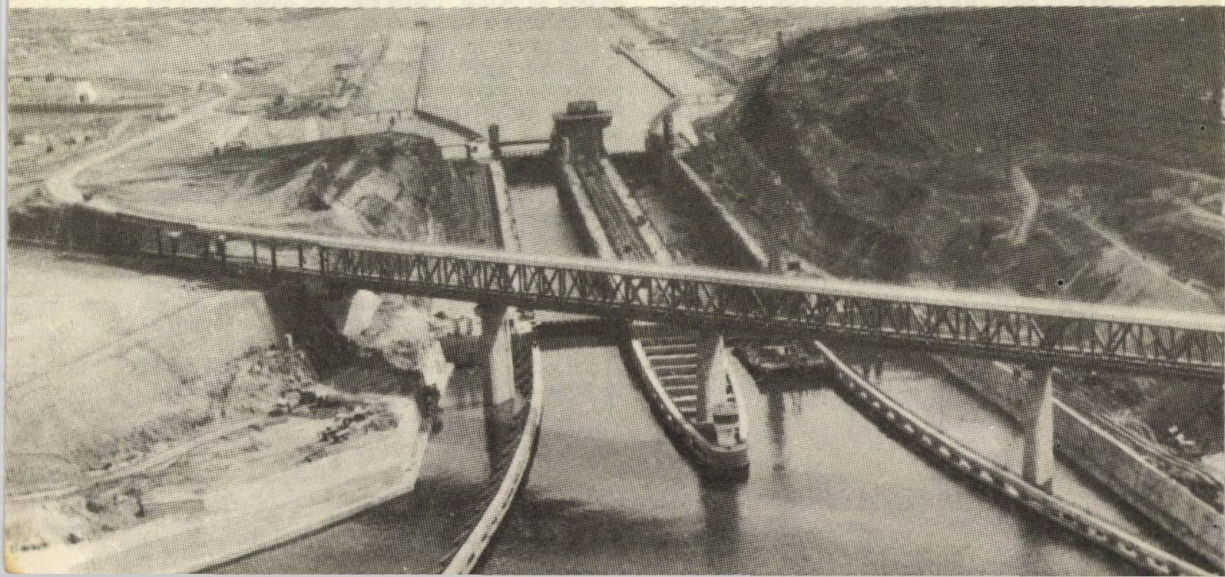
Mutațiile în domeniul muncii s-au însoțit, evident, de o creștere a veniturilor bănești ale familiei, a nivelului de trai, a însăși stării de sănătate.

În conștiința întregului nostru popor înfăptuirile fără precedent din istoria patriei, obținute în perioada de după Congresul al IX-lea, poartă pecetea inconfundabilă a personalității și acțiunii revoluționare a secretarului general al partidului, eminent conducător politic, revoluționar clarvăzător și patriot înflăcărat, militant de frunte al

mișcării comuniste și muncitorești, proeminentă personalitate a lumii contemporane care a dat strălucire și măreție acestei perioade denumită de întreaga națiune, cu îndreptățită mândrie, „Epoca Nicolae Ceaușescu”.

Marele salt făcut în dezvoltarea societății noastre realizat prin unitatea de gând și faptă a tuturor fiilor țării s-a bucurat de atenția și recunoașterea unor largi foruri internaționale, a unor mari personalități politice și științifice. În numai două decenii o puternică dezvoltare economică, socială, culturală au cunoscut toate județele țării, asigurând condiții de deplină egalitate tuturor cetățenilor României socialiste.

Această dialectică a devenirii societății românești contemporane, această evoluție este dovada incontestabilă a unei politici de un larg orizont umanist. Ea are în vedere asigurarea condi-





țiilor necesare pentru ca omul - supremă valoare a societății socialiste - să se dezvolte în plenitudinea posibilităților, să învețe, să muncească, să creeze, iar sănătatea sa să fie apărată și îngrijită.

Efectele sînt, fără îndoială, multiple, reliefate în participarea fără precedent a oamenilor la rezolvarea problemelor de interes public, în realizarea și depășirea prevederilor planurilor economice, în proiectarea și realizarea unor noi soluții dedicate dezvoltării producției sau apărării sănătății oamenilor.

Ele constituie, în același timp, o manifestare a forței și unității noastre indisolubile, demonstrînd cu putere dorința întregii națiuni de a ridica România socialistă pe culmi de progres și civilizație nevisate de înaintașii noștri.

Știința, cultura, tehnica sînt chemate azi să-și aducă în acest ansamblu o contribuție sporită pentru realizarea obiectivului stabilit de Congresul al XIII-lea al partidului - trecerea țării noastre la un stadiu nou de dezvoltare, creșterea intensivă a producției, noua revoluție tehnico-științifică și noua revoluție agrară, realizarea unei profunde revoluții în însuși modul de a gândi și acționa al omului.

În acest sens, cel de al III-lea Congres al educației politice și culturii socialiste a adoptat un program cuprinzător de acțiune care, așa cum arăta tovarășa academician doctor inginer Elena Ceaușescu, vor face din „știință, învățămînt, cultură - factori de cea mai mare însemnătate în edificarea cu succes a societății socialiste multilateral dezvoltate, în creșterea calității muncii, în viața întregului popor”.



CONCEPTUL ROMÂNESC DE POLITICĂ SANITARĂ

Dînd o expresie necesității accelerării progrese-
sului în domeniul apărării sănătății populației,
secretarul general al partidului arăta că indepen-
dent de caracterul, de specificul diferitelor acti-
vități, domeniul medical trebuie pînă la urmă
orientat și concentrat într-o direcție unică - a
îmbunătățirii asistenței sanitare, a grijii pentru
sănătatea poporului, cu tot ce comportă aceasta:
sporul natural al populației, îngrijirea omului
pentru a-și îndeplini atribuțiile în procesul activi-
tății sociale, în producția materială, în viața intel-
lectuală, în toate sectoarele de activitate.

REALIZĂRI ÎN DOMENIUL OCROTIRII SĂNĂTĂȚII

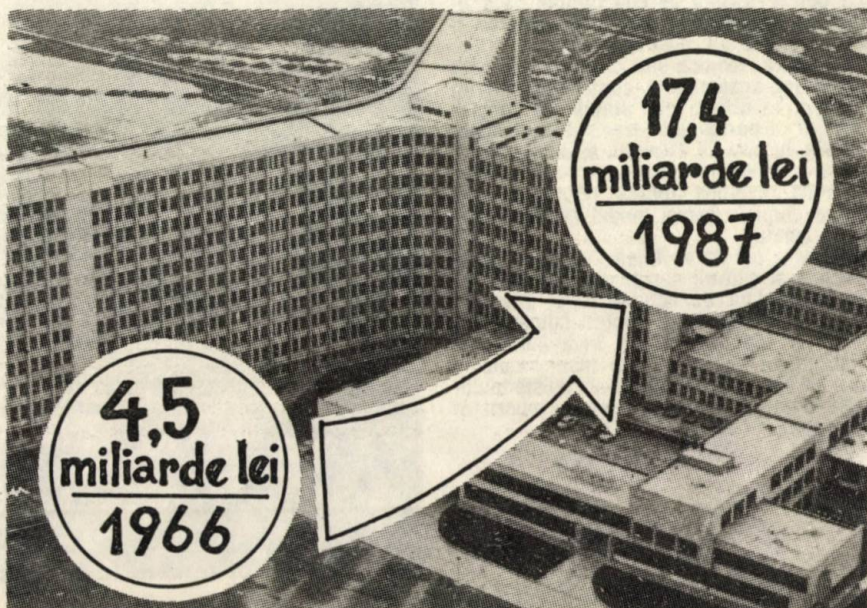
	1965	1987
Dispensare medicale	4 610	5 464
Dispensare policlinici	417	526
Locuri în creșe	11 800	81 713
Paturi de asistență medicală	144 054	213 560
Paturi de asistență medicală la mia de locuitori	7,6	9,4
Număr medici	27 900	48 060
Număr locuitori ce revin la un medic	682	476
Personal mediu sanitar	77 819	135 000

INVESTIȚII PENTRU SĂNĂTATE

	1966	1987
Fonduri alocate de la bugetul statului pentru ocrotirea sănătății	4,5 miliarde lei	17,4 miliarde lei
Cheltuieli pentru un locuitor	252 lei	762 lei

Cîteva componente definesc conceptul românesc de politică sanitară. Prima dintre acestea consideră sănătatea nu numai ca o absență a bolii ci ca o bunăstare bio-psiho-socială. A doua are în vedere creșterea natalității, a vigoirii și tinereții poporului nostru. A treia se referă la medicina preventivă, care permite instituirea unui program de promovare a sănătății legat de cunoașterea și neutralizarea factorilor de risc și de utilizare largă a factorilor sanogeni. A patra consideră ocrotirea sănătății ca o problemă a întregii colectivități, ceea ce impune angajarea și cooperarea tuturor forțelor societății în efortul de asigurare, păstrare și promovare a sănătății publice. Plasate pe coordonatele realităților societății românești contemporane liniile fundamentale trasate de cel de al III-lea Congres al educației politice și culturii socialiste, precum și programul adoptat vin să impulsioneze și activitatea din domeniul apărării sănătății. Pe baza unei concepții moderne, apărarea sănătății omului contemporan este considerată astfel într-o viziune de răspunderi integratoare, de ansamblu, misiunea de prevenire, tratare și recuperare revenind nu numai personalului încadrat în sectorul sanitar, ci unui întreg ansamblu de factori, de organisme și organizații, de întreprinderi și instituții.

Un ansamblu în care Societatea de Cruce Roșie își are un loc bine definit de legile țării, de statutul ei, de indicațiile președintelui republicii, tovarășul Nicolae Ceaușescu.





PENTRU COPII, PENTRU VIITORUL ȚĂRII

Element definitoriu în strategia construcției societății socialiste, grija față de sănătatea copiilor este ridicată în țara noastră la rangul de problemă prioritară. Ca urmare a unui volum de investiții fără precedent în istoria țării, în toate localitățile ei au fost create condiții optime pentru nașterea și îngrijirea celor mai mici cetățeni ai patriei. În ultimii cinci ani, spre exemplu, în maternități au fost date astfel în folosință peste 2500 de paturi pentru asistența materno-infantilă. Statisticile sint, în acest sens, deosebit de elocvente:

- Maternitățile și secțiile de obstetrică-ginecologie dispun de 27 000 de paturi.
- 98,5 la sută din copii se nasc în unități sanitare.
- Secțiile de pediatrie din spitale au capacitatea de 37 000 de paturi.
- Aproape 887 000 de preșcolari primesc îngrijire în grădinițe.
- Circa 7 000 de medici pediatri și de medicină generală pentru copii, aproximativ 21 000 de surori de pediatrie și circa 3 800 de surori de ocrotire se consacră îngrijirii sănătății copiilor.

• 4,6 milioane de copii primesc alocații de stat. Cuantumul acestor alocații a crescut cu 25 la sută ca urmare a măsurilor adoptate în ultimii ani de sprijinire a familiilor cu copii.

• Majorările din 1986 ale alocațiilor și ajutoarelor pentru copii asigură anual familiilor cu copii venituri suplimentare de peste 6,5 miliarde lei.

• În formele de învățământ sint înscriși circa 5 600 000 de copii care beneficiază de învățământ gratuit și de manuale școlare gratuite.

Cresterea an de an a bazei materiale, ca urmare a evoluției investițiilor acordate ocrotirii sănătății - de la 4,5 miliarde lei în 1966 la 17,4 miliarde lei în 1987, a facut să se dezvolte în mod cu totul deosebit baza ocrotirii sănătății. Ea se regăsește și în dezvoltarea unităților de asistență medicală pentru mamă și copil.

Aceste măsuri sint coroborate cu cele menite să conducă la ocrotirea sănătății copiilor prin controale preventive, reducerea riscului de îmbolnăvire prin perfecționarea metodelor de diagnostic, tratament și recuperare.

PE COORDONATELE ȘTIINȚEI CONTEMPORANE

„Medicina trebuie să acționeze în primul rînd pentru a preveni îmbolnăvirea și trebuie să acorde atenția centrală acestei activități, inclusiv în domeniul învățămîntului și cercetării” – atrăgea atenția tovarășul Nicolae Ceaușescu. Iată de ce pentru medicii din rețeaua de asistență ca și pentru cei ce lucrează în domeniul cercetării științifice problemele imediate și de perspectivă constau în asigurarea și promovarea sănătății populației, în creșterea unei generații sănătoase, fizic și psihic, în dezvoltarea multilaterală a organismului uman, în studierea fenomenelor generate de raporturile omului cu natura înconjurătoare, în paralel cu aprofundarea fenomenelor biologice legate de adaptarea ființei umane la viața modernă.

În orientarea și organizarea întregii cercetări științifice s-au înregistrat transformări profunde care marchează puternic atît rezultatele obținute, cît și direcțiile actuale de dezvoltare. Aceasta s-a reflectat prin imprimarea, în întreaga activitate practică și de cercetare, a unui pronunțat caracter profilactic, de promovare a stării de sănătate.

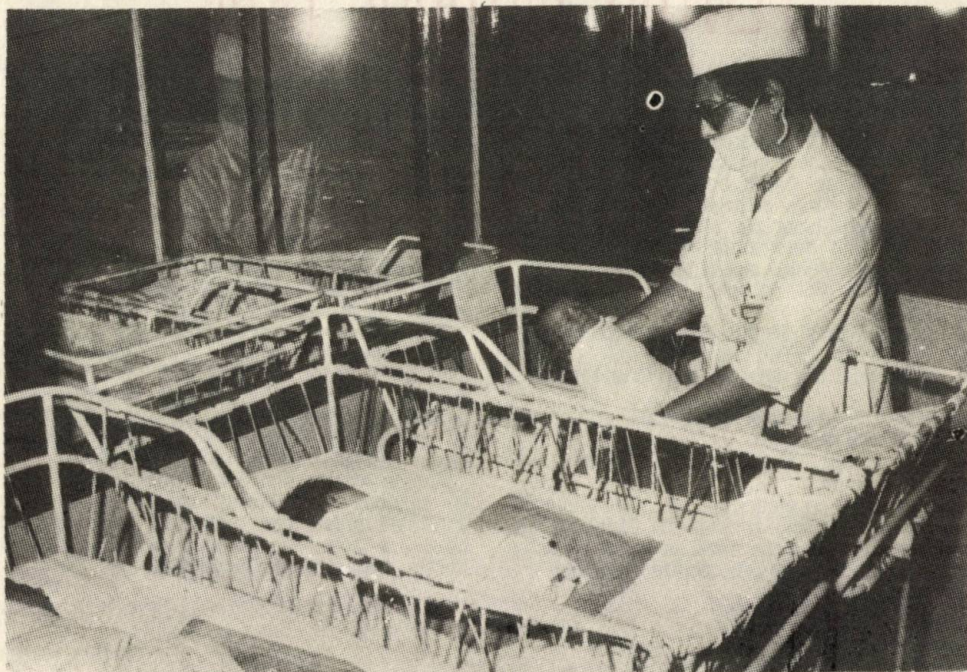
Academia de științe medicale, spre exemplu, și-a modificat structura activității de cercetare, astfel încît, în prezent, cercetarea aplicativă, implicată direct în rezolvarea sarcinilor prioritare

ale ocrotirii sănătății, ocupă ponderea cea mai mare.

Structura generală a planurilor de cercetare științifică medicală s-a concretizat astfel prin concentrarea eforturilor pe 7 direcții principale: ocrotirea sănătății mamei, copilului și tineretului; adaptarea organismului uman la factorii de mediu, la condițiile de viață și de muncă; prevenirea și combaterea bolilor transmisibile; prevenirea și combaterea bolilor cronice; realizarea de medicamente și aparatură; optimizarea organizării, planificării și evaluării acțiunilor de ocrotire a sănătății; cercetări cu caracter fundamental. Dintre acestea, ponderea cea mai mare o reprezintă cercetarea consacrată prevenirii și combaterii bolilor cronice.

În baza prețioaselor indicații ale tovarăsei academician doctor inginer Elena Ceaușescu cu privire la inițierea și extinderea sistemului de cercetare multidisciplinară, medicina promovează dezvoltarea legăturilor contractuale atît cu instituții cu profil tehnic (Institutul central de fizică, Institutul politehnic București, Institutul de cercetări chimico-farmaceutice, Institutul de cercetări și proiectări pentru electrotehnică ș.a.).

Rezultatele obținute sînt încadrate organic în procesul de dezvoltare generală economico-so-





cială a țării, în acumularea de cunoștințe noi pentru înțelegerea științifică a fenomenelor de interrelație între urbanizare, industrializare, dezvoltare a agriculturii și modificările mediului înconjurător, pe de o parte și capacitatea de adaptare, de creștere a rezistenței organismului și dezvoltare fizică și psihică a populației, pe de altă parte.

Astfel, cercetarea medicală contribuie în mare măsură la crearea unor condiții esențiale privind procesele de promovare a sănătății omului, paralel cu măsurile cele mai adecvate de profilaxie.

Activitatea de cercetare în domeniul ocrotirii sănătății mamei, copilului și tineretului se concretizează prin introducerea de metodologii moderne de organizare a consultațiilor pre și postnatale, reducerea factorilor morbidității și mortalității materno-infantile, introducerea de noi tehnici obstetricale în sarcinile cu risc crescut, identificarea factorilor de risc și a mecanismului care influențează potențialul fertil, tratamentul sterilității endocrine, al disgravidiilor și ginecopathiilor cronice.

Prin studii longitudinale urmărite cu regularitate, cercetarea medicală românească a reușit să definească criteriile de evaluare a caracteristicilor somato-psihice a copiilor și adolescenților, indicator semnificativ al marilor transformări economico-sociale care au avut loc în țara noastră în ultimele decenii. Cercetările medicale,

pe lângă elaborarea acestor criterii de dezvoltare armonioasă a copiilor și tineretului, sint orientate recent pe studiul frecvenței deficiențelor de vedere și a afecțiunilor apărute la copii de vîrstă școlară.

Trebuie să menționăm aici și rezultatele deosebite obținute în sectoarele de cercetare și producție, referitoare la vaccinuri (antipoliomielitic, antigripal, antitetanic, antidifteric, BCG, antirujeolos etc.), imunoglobuline și seruri terapeutice, produse imunomodulatoare și imunostimulatoare, medii pentru culturi și diagnostic bacteriologic și virusologic etc.

Un domeniu extrem de activ este cel al medicamentelor și aparaturii medicale.

Cercetările din domeniul medicamentelor au dus la realizarea și introducerea în practică de noi preparate citostatice, hormonale, antituberculoase, eutrofice.

În domeniul aparaturii medicale întreprinderile de profil produc și pun la punct aparate bazate pe soluții originale. Din lunga lor serie cităm doar: accelerător liniar pentru uz oncologic, biotermoanalizator, lasere medicale, programe și sisteme informatice medicale, aparat pentru cuantificarea reacțiilor de fixare a complementului, audiopragtest, materiale și instrumentar pentru neurochirurgie și chirurgie cardiovasculară, truse pentru diagnostic enzimatic de laborator și de radioimunologie, bioproteze, proteze textile implantabile etc.

O contribuție importantă la apărarea sănătății populației este chemată să-și aducă și Societatea de Cruce Roșie - membră a Frontului Democratiei și Unității Socialiste.

Fiind azi o puternică organizație de masă, cu peste 7 milioane de membri, ea acționează printr-o strinsă conlucrare cu personalul sanitar, cu alte instituții de stat, organizații de masă și obștești. Printre obiectivele importante ale Crucii Roșii se înscriu creșterea gradului de cultură sanitară a populației în vederea asigurării sănătății, sporirii capacității de creație, reducerii morbidității, respectării normelor de protecția muncii în scopul prevenirii bolilor și accidentelor. O atenție deosebită se acordă, de asemenea, educării consecvente a cetățenilor patriei în spiritul respectului față de familie, al dragostei față de copii, al nașterii și creșterii unor urmași sănătoși și viguroși.

Împreună cu personalul sanitar și cu celelalte organizații de masă și obștești Crucea Roșie își aduce, pe baza Statutului și a Legii nr. 3/1978 privind asigurarea sănătății populației, o permanentă și importantă contribuție la educația sanitară a populației pentru formarea unui comportament igienic și a unor deprinderi de viață rațională, de prevenire a factorilor de risc și întărire a stării de sănătate.

Activul voluntar de Cruce Roșie participă la mobilizarea oamenilor muncii din întreprinderi și instituții

pentru controlul periodic al stării de sănătate, la organizarea și desfășurarea tuturor acțiunilor profilactice. Obiectivul principal al organizațiilor de Cruce Roșie din întreprinderi este reducerea îmbolnăvirilor profesionale, a accidentelor, păstrarea și dezvoltarea capacității de muncă.

O atenție deosebită se acordă activității în mediul rural, unde mecanizarea, chimizarea, dezvoltarea sectorului zootehnic impun din ce în ce mai mult necesitatea cunoașterii modalităților de prevenire a îmbolnăvirilor profesionale și a accidentelor de muncă.

În planurile de muncă ale comitetelor și comisiilor de Cruce Roșie sînt înscrise, de asemenea, ca acțiuni permanente cele privind igienizarea, salubritatea și înfrumusețarea localităților.

În scopul creșterii unui tineret sănătos și viguros, bine pregătit pentru muncă și viață, se acționează, împreună cu C.C. al U.T.C., U.A.S.C.R., C.N.O.P., Ministerul Educației și Învățămîntului, Ministerul Sănătății pentru intensificarea acțiunilor educativ-sanitare în conformitate cu prevederile Programului-cadru de educație sanitară a preșcolarilor, elevilor și studenților.

Împreună cu organizațiile de femei și tineret, Crucea Roșie acționează permanent pentru pregătirea tinerilor în vederea întemeierii familiilor, punînd accentul pe cunoașterea noțiunilor de sănătatea cuplului și de puericultură, vizînd în principal nașterea, creșterea și educarea unui număr sporit de copii în familiile tinere. În colaborare cu personalul sanitar, activul de Cruce Roșie participă la organizarea cursurilor „Școala mamei”, a concursurilor gen „Cine știe, câștigă”, a colocviilor și simpoziunilor avînd ca scop nașterea și creșterea unor copii sănătoși.

De asemenea, prin formele sale specifice, Crucea Roșie acționează pentru instruirea populației în probleme de prim-ajutor.

Sînt obiective, între multe altele, care se înscriu într-un ansamblu general de o certă valoare umanistă, izvorînd din principiile ce guvernează societatea noastră socialistă aflată pe drumul dezvoltării multilaterale.

O dezvoltare care, sîntem siguri, va fi amplificată de hotărîrile ce vor fi adoptate la Conferința Națională a partidului prefigurînd viitorul luminos pe care îl construim cu inimile, cu mințile și cu brațele noastre.

Cristian IONESCU





VIBRANTĂ CHEMARE ÎN NUMELE PĂCII

„Chemăm pe toți slujitorii artei, științei și culturii ca, prin puterea de influențare a creației noastre, să deschidem drum larg spre inimile oamenilor și să-i facem să înțeleagă că acum, în epoca atomică, toate popoarele sînt amenințate de distrugerea nucleară, că, în ciuda mării sale diversități, umanitatea este una. Toți locuitorii planetei au îndatorirea de a fi mereu pe baricadele luptei pentru pace, pentru dezarmare, pentru eliminarea definitivă a războiului din viața omenirii”.

Apelul Congresului al III-lea al educației politice și culturii socialiste din România pentru dezarmare nucleară și generală, pentru pace izvorăște din profundul umanism al orînduirii noastre socialiste, din înalta responsabilitate a omului politic Nicolae Ceaușescu față de destinele propriiei națiuni și ale celorlalte popoare.

În zilele însoțitului august 1987, semnificativ, în preajma lui 23 August, din capitala României, de la tribuna Congresului educației politice și culturii socialiste o vibrantă chemare la luptă unită pentru apărarea păcii s-a adresat întregii omeniri!

Omenirea a făcut pași uriași în domeniul cuceririlor tehnico-științifice. Numai că nu întotdeauna aceste minunate cuceriri ale gîndirii științifice sînt folosite spre binele omului. De aceea, tocmai oamenii de știință, de cultură, care cunosc și înțeleg cel mai bine puterea distructivă a atomului, trebuie să se opună cu toată hotărîrea politicii absurde prin care o mare parte din strălucitele creații ale minții umane, ale revoluției tehnico-științifice contemporane sînt deturnate de la rosturile lor firești, fiind folosite împotriva progresului, a înseși vieții pe Terra.

Reflectînd cu toată răspunderea la evoluția situației internaționale, la marea pericol nuclear, glasul slujitorilor artei, științei și culturii din România socialistă, exprimat convingător în Apel, cheamă pe toți confrății de breaslă de pe întreaga planetă ca, prin puterea de influențare a creației lor, să deschidă larg drum spre inimile oamenilor, să-i facă să înțeleagă că azi, în epoca atomică, toate popoarele sînt amenințate cu distrugerea nucleară și că, în ciuda mării sale diversități, omenirea este una. Omenirea trebuie deci salvată!

„Este mai necesar ca oricînd ca toate popoarele, forțele înaintate de pretutindeni — în rîndurile cărora oamenii de știință, cultură și artă reprezintă un detașament important al luptei pentru pace și progres — să-și unească eforturile și să conlucreze tot mai strîns în vederea preîntîmpinării războiului, a unei catastrofe nucleare, pentru a asigura triumful politicii de pace și colaborare”, sublinia tovarășa academician doctor inginer Elena Ceaușescu în cuvîntarea la încheierea lucrărilor congresului, insistînd asupra rolului constructiv al științei și culturii.

De la tribuna spiritualității românești a fost rostită o vibrantă chemare la acțiune unită, pînă nu e prea tîrziu, în numele păcii, al vieții!

România socialistă, prin Apelul adoptat — adevărată profesiune de credință revoluționară și umanistă, sub semnul solidarității în lupta pentru triumful rațiunii, pentru dreptul la viață, la pace — acționează din nou concret, constructiv pentru o lume a păcii.

C. VALERIU

CRUCEA ROȘIE ȘI PACEA

Bucureștiul a găzduit în vara lui 1987 lucrările celei de a VII-a Conferințe a Societăților de Cruce Roșie și Semilună Roșie din țările balcanice, la care au participat delegații conduse de președinții acestor societăți din R.P. Bulgaria, Republica Elenă, R.S.F. Iugoslavia, Republica Turcia, R.S. România, observatori din R.P. Ungară și Uniunea Republicilor Sovietice Socialiste. Ca invitați au luat parte președintele Comisiei Permanente a Crucii Roșii Internaționale, președintele Ligii Societăților de Cruce Roșie și Semilună Roșie, în fruntea unei delegații, reprezentanții ai Comitetului Internațional al Crucii Roșii.

Organizată pentru a doua oară de Crucea Roșie română, Conferința balcanică a constituit o expresie a politicii externe profund umaniste promovate cu consecvență de România socialistă în anii inaugurați de Congresul al IX-lea al partidului, a concepției președintelui republicii, secretarul general al partidului, tovarășul Nicolae Ceaușescu, cu privire la dezvoltarea relațiilor de bună vecinătate, de prietenie și colaborare cu toate statele și popoarele din această regiune a lumii, relații bazate pe stimă și respect reciproc.

Fidelă principiilor politicii sale externe, țara noastră a militat și militează permanent pentru transformarea Balcanilor, care de-a lungul secolelor a fost un permanent focar de tensiune ce nu o dată a degenerat în conflict armat, într-o zonă a păcii și prieteniei, pentru a crea în această parte a lumii o zonă lipsită de arme nucleare și chimice, o zonă ferită de spectrul războiului. Vizitele efectuate de președintele României, tovarășul Nicolae Ceaușescu, eminentă personalitate a lumii contemporane în zona balcanilor, precum și vizitele efectuate în țara noastră de conducătorii țărilor balcanice au contribuit de fiecare dată la consolidarea climatului de liniște și colaborare între țările din această regiune.

Crucea Roșie română participă activ, prin activitățile sale internaționale de extindere și aprofundare a relațiilor cu toate societățile naționale de Cruce Roșie și Semilună Roșie, cu organismele internaționale ale Mișcării mondiale de Cruce Roșie, la efortul pentru o mai bună cooperare și înțelegere între țările balcanice. Pe linia acestor constante preocupări s-a înscris și a doua ediție bucureșteană a Conferinței societăților de Cruce Roșie și Semilună Roșie din țările balcanice, care a situat în prim-planul dezbaterilor contribuția societăților de Cruce Roșie și Semilună Roșie ca factor de pace și înțelegere între popoare, pornind tocmai de la generoasele îndemnuri ale secretarului general al partidului, președintelui republicii, tovarășul Nicolae Ceaușescu: „Crucea Roșie - care prin însăși natura sa slujește viața, sănătatea oamenilor - trebuie să-și facă un titlu de onoare din a contribui, în modul cel mai activ, la lupta poporului nostru pentru pace și dezarmare, pentru preîntâmpinarea războiului, a unei catastrofe nucleare, pentru apărarea dreptului fundamental al popoarelor, al oamenilor la viață, la existență liberă și demnă”.

Redăm în continuare declarațiile unor participanți.

PREȘEDINTELE ROMÂNIEI A ADUS O CONTRIBUȚIE DE SEAMĂ ÎN SPRIJINUL IDEII CA MIȘCAREA MONDIALĂ DE CRUCE ROȘIE SĂ FIE ÎN PRIMELE RÎNDURI ALE APĂRĂTORILOR PĂCII

Ahmad Abu GOURA, președintele Comisiei Permanente a Crucii Roșii Internaționale:

Dreptul la viață, la pace, problemele de actualitate ale Crucii Roșii sînt și ale lumii întregi. Dacă fondurile irosite azi pentru înarmări ar fi folosite în scopuri pașnice, lumea în care trăim ar fi o lume mai dreaptă. Dacă toate statele ar urma exemplul României, care a redus anul trecut cheltuielile militare, și dacă s-ar repartiza o parte din sumele cheltuite azi pentru înarmări pentru nevoile sociale, omenirea ar arăta altfel.

Avem răspunderea de a crea o unitate între





oamenii care luptă pentru pace. Trebuie să vorbim, să arătăm care sînt avantajele păcii. Nu este suficient efortul Crucii Roșii pentru a alina suferințele. Trebuie să realizăm o pace durabilă, să distrugem tensiunile. Dacă avem în vedere că azi sînt 42 de conflicte, desigur că apare limpede cîtă nevoie este de o participare mai activă a Crucii Roșii pentru apărarea păcii.

Președintele României, domnul Nicolae Ceaușescu, și-a exprimat, în 1977, la Conferința internațională a Crucii Roșii, părerea asupra rolului Crucii Roșii, aducînd astfel o contribuție de seamă în sprijinul ideii că Mișcarea mondială de Cruce Roșie trebuie să se afle în primele rînduri ale apărătorilor păcii, împotriva unui dezastru nuclear. Generația noastră încearcă să realizeze pacea. Dar nu sîntem încă destul de puternici. Sînt convins că ceea ce punem acum la temelie luptei pentru pace o să servească generațiilor viitoare. Facem totul pentru a nu supune generația tinăra unui război.

URMĂRIM CU INTERES ȘI DĂM O ÎNALTĂ APRECIERE INIȚIATIVE-LOR CONSTRUCTIVE ALE ROMÂNIEI, ALE PREȘEDINTELUI NICOLAE CEAUȘESCU.

Enrique de la Mata GOROSTIGAZA, președintele Ligii Societăților de Cruce Roșie și Semilună Roșie:

Cînd a luat ființă Crucea Roșie, cu 125 de ani în urmă, scopul său era de a alina suferința militarilor răniți sau bolnavi de pe cîmpul de luptă. De-a lungul existenței sale sfera de acțiune s-a amplificat. Astăzi, cînd asupra omenirii planează pericolul unui cataclism nuclear, Crucea Roșie nu poate sta de-o parte. Nu putem trăi izolați. Pacea este idealul nostru.

În 1975 și 1984 au avut loc Conferințele mondiale ale Crucii Roșii dedicate păcii. În concepția noastră pacea nu înseamnă doar lipsa războiului, ci un proces dinamic. Pacea reclamă adîncirea înțelegerilor și colaborării, ea înseamnă, în același timp, efort pentru condiții mai bune de viață, de sănătate și educație pentru toate popoarele. Nu dorim să fie suferințe în lume, trebuie să acționăm pentru dreptate socială.

Iată de ce apreciem în mod deosebit toate acțiunile ce vizează apărarea păcii, urmărind cu interes și dăm o înaltă apreciere inițiativelor constructive ale României, ale președintelui Nicolae Ceaușescu. Știm că, printr-un referendum popular, în noiembrie 1986, România a hotărît reducerea cu 5 la sută a puterilor, armamentelor și cheltuielilor militare. Dorim și sperăm ca această inițiativă să fie urmată și de alte state, după

cum sperăm că, prin contribuția tuturor statelor și popoarelor, se vor realiza acorduri reale de dezarmare, care să ducă la oprirea cursului periculos al înarmărilor, la înlăturarea pericolului unui război nuclear. Este necesară cooperarea și înțelegerea între state, o strînsă conlucrare între toate popoarele planetei. Prin întreaga sa activitate Mișcarea mondială de Cruce Roșie dovedește că acționează în acest sens.

Țin să remarc eforturile Societății române de Cruce Roșie la nivel internațional pentru promovarea unei mai bune înțelegeri între țări și între popoare. Prezența sa la toate reuniunile, seminariile și conferințele internaționale reprezintă o mare contribuție la programele mișcării mondiale în favoarea păcii. Acesta reflectă vocația de pace a poporului român.

România a găzduit a XXIII-a Conferință Internațională a Crucii Roșii în 1977, seminarii ale societăților de Cruce Roșie și Semilună Roșie din țările balcanice în 1978 și 1980, Conferința internațională a Crucii Roșii de tineret dedicată Anului Internațional al Tineretului în 1984. Acest lucru arată că Societatea de Cruce Roșie din România dă un exemplu de modul în care înțelege să coopereze în cadrul mișcării internaționale de Cruce Roșie.

SOCIETĂȚILE DE CRUCE ROȘIE ȘI SEMILUNĂ ROȘIE DIN ȚĂRILE BALCANICE MILITEAZĂ ACTIV PENTRU TRANSFORMAREA BALCANILOR ÎN ZONĂ A ÎNCREDERII ȘI PĂCII.

Dr. Kiril IGNATOV, președintele Crucii Roșii din R.P. Bulgaria:

Armele atomice, spectrul unei catastrofe nucleare primejduiesc existența omenirii. De asemenea, armele chimice și cele convenționale au fost extrem de perfecționate. Pacea lumii este în primejdie. Semnificativ, în primele rînduri ale celor ce militează pentru dezarmare, pentru pace se află țările socialiste. Sînt cunoscute numeroasele lor propuneri de pace, de dezarmare. Pași concreți în acest sens au fost făcuți de U.R.S.S., România și Bulgaria, care au lansat inițiative cu larg ecou în domeniul dezarmării, păcii, pentru crearea unui climat de înțelegere și colaborare.

Sînt cunoscute eforturile unor țări din diferite colțuri ale Terrei pentru a crea zone lipsite de arme nucleare. În acest sens acționează și țările din Balcani, zonă ce, în decursul istoriei, n-a fost ferită de conflicte și confruntări. Țările de aici acționează de mai mulți ani pentru ca zona balcanică să fie lipsită de arme nucleare, pentru a o transforma în zonă a păcii, colaborării și prieteniei. Pe linia acestor eforturi aș menționa propu-

nerea președintelui României socialiste, tovarășul Nicolae Ceaușescu, și a președintelui Consiliului de Stat al R.P. Bulgaria, tovarășul Todor Jivkov, privind transformarea Balcanilor într-o zonă liberă și de arme chimice. Societățile de Cruce Roșie și Semilună Roșie din țările balcanice acționează și ele de mulți ani în acest sens.

Fiecare conferință a Societăților de Cruce Roșie și Semilună Roșie din țările balcanice a contribuit la unirea eforturilor noastre pentru înțelegere și cooperare. Sigur, această a VII-a Conferință găzduită de România a consolidat unitatea noastră într-o problemă majoră - lupta pentru transformarea Balcanilor în zonă lipsită de arme, în primul rând de arme nucleare, într-o zonă a încrederii și păcii. Apreciez faptul că s-a abordat și problema educării tineretului Crucii Roșii în spiritul înțelegerii, prieteniei și păcii. Consider că tinerii membri ai Crucii Roșii constituie o parte foarte activă în sinul Mișcării mondiale de Cruce Roșie și depinde mult de societățile naționale și de organismele internaționale pentru a crea condiții, a atrage și mări contribuția tineretului la lupta pentru pace.

PACEA ESTE VALOAREA SUPREMĂ A ACESTUI SECOL.

Amiral Golfinos PETMEZAS, președintele Crucii Roșii din Republica Elenă:

În întreaga noastră activitate pornim de la ideea că pacea este valoarea supremă a acestui secol atât de frământat. Și pentru că ne gândim la viitor, simțim preocupări de a atrage cât mai mulți tineri în activitatea social-umanitară a Crucii Roșii, de a le insufla generoasele idealuri pentru care militează mișcarea noastră mondială, de a-i educa în spiritul înțelegerii, concurenței și prieteniei, al promovării păcii.

Crucea Roșie română desfășoară cu multă generozitate un efort susținut și foarte cuprinzător în domeniul apărării păcii prin difuzarea nobilelor idei ale Crucii Roșii. De asemenea, are bune rezultate în rindurile tineretului, care acționează în marea familie a Crucii Roșii cu convingerea că poate aduce o importantă contribuție la promovarea idealurilor de pace pe plan internațional, așa cum a demonstrat-o și ediția din această vară a taberei internaționale de tineret organizată de Crucea Roșie română la Costinești.

CRUCEA ROȘIE TREBUIE SĂ CONTRIBUIE LA ÎNLĂTURAREA TUTUROR CAUZELOR SUFERINTELOR UMANE, NU NUMAI A CONSECINTELOR CONFLICTELOR ARMATE

Dr. Iovan TOFOSKI, președintele Crucii Roșii din R.S.F. Iugoslavia:

Pacea este un drept inalienabil al omului și cea mai mare aspirație a umanității. În lumea contemporană, menținerea păcii și consolidarea bazelor unei păci durabile, prin dezvoltarea unei ample activități în vederea înlăturării cauzelor războaielor și nu numai a consecințelor lor, constituie o necesitate vitală.

Angajarea Crucii Roșii înseamnă încadrarea ei

în marea mișcare a opiniei publice, a popoarelor urmărind făurirea unei lumi fără arme și fără războaie. În toate activitățile sale, Crucea Roșie trebuie să caute să contribuie la înlăturarea tuturor cauzelor suferințelor umane, și nu numai a consecințelor conflictelor armate.

Eforturile pentru pace și pentru dezvoltare sînt strîns legate. Nu putem vorbi de dezvoltare fără existența păcii. Mișcarea mondială de Cruce Roșie - care aduce o contribuție permanentă la lupta pentru pace prin activitățile umanitare internaționale ca și prin forme specifice de angajare preventivă, pentru eliminarea tuturor cauzelor care amenință pacea lumii - este chemată să susțină eforturile în vederea dezarmării generale și totale, în primul rând a dezarmării nucleare, avînd în vedere tocmai interdependența dintre pace și dezvoltare. Mișcarea noastră trebuie să se angajeze cu toate forțele pentru reconversivitatea actualelor sume destinate distrugerii spre scopuri pașnice, pentru dezvoltarea social-economică a tuturor țărilor, în special a celor sărace, în scopul ameliorării condițiilor de viață și sănătate a popoarelor ce se zbat într-o cruntă mizerie.

Înfăptuirea propunerilor celor două conferințe mondiale ale Crucii Roșii pentru pace, care au avut loc în Iugoslavia în 1975 iar în Finlanda și Suedia în 1984, reclamă noi eforturi îndreptate spre educare în spiritul păcii, în special a tinerei generații, manifestarea solidarității active cu țările în curs de dezvoltare, acordarea de ajutor în caz de conflicte armate sau catastrofe naturale, eliminarea flagelului foametei, ce afectează o mare parte din populația lumii.

ESTE NECESARĂ O DEFINIȚIE COMUNĂ A PĂCII ȘI O ÎNȚELEGERE COMUNĂ A PROBLEMELOR EI.

Dr. Kemal DEMIR, președintele Semilunii Roșii din Republica Turcia:

Pentru societățile de Crucea Roșie și Semilună Roșie, înțelegerea, cooperarea, pacea constituie nobile idealuri. Semiluna Roșie turcă acționează în acest sens, căutînd să imprime activităților sale specifice valențele păcii. De altfel, încă de pe vremea lui Atatürk, Turcia a militat pentru un generos principiu: „Pace în țară, pace în lume”. Acest principiu îl aplică și organizația noastră.

Nu dorim să fie suferințe în lume. În zilele noastre este necesară o definiție comună a păcii și o înțelegere comună a problemelor ei, deoarece lipsa de înțelegere duce la suspiciune, neîncredere, tensiune și conflicte. Așa cum remarcă președintele Nicolae Ceaușescu, societățile naționale de Cruce Roșie și Semilună Roșie pot contribui mai mult în Balcani și în întreaga lume la dezvoltarea cooperării în domeniile asistenței sociale, dezvoltării, reducerii decalajului crescînd dintre săraci și bogați, permanentă sursă de tensiune. Mișcarea mondială de Cruce Roșie și Semilună Roșie este chemată să îndemne guvernele să-și sporească eforturile pentru a găsi soluții pașnice, căci pacea trebuie să fie preocuparea întregii omeniri.

Anchetă internațională realizată de Valeria CHILĂU

10 TEME DE SĂNĂTATE ÎN 10 INTERVIURI

În contextul politicii sanitare a partidului și statului nostru, educația sanitară a populației reprezintă un act de cultură, avînd menirea să-i înarmeze pe cetățeni cu noțiunile de bază ale igienei și sănătății, în așa fel încît să știe să-și păstreze și să-și consolideze propria stare de sănătate timp cît mai îndelungat, să se ferească de pericolul îmbolnăvirilor, atît ei cît și colectivitatea unde își desfășoară activitatea sau conviețuiesc. Însușindu-și elementarele deprinderi, reguli și cunoștințe igienico-sanitare, odată cu noțiunile de prim ajutor – statuate de altfel și în Legea nr. 3 privind asigurarea sănătății populației, cetățenii desfășoară un act de cultură civică, îmbogățindu-și, și pe această cale, bagajul de cunoștințe de cultură generală și sanitară atît de necesare vieții și în ultimă instanță sănătății. Totodată, educația sanitară are menirea să cultive în rîndul populației – pe grupe de vîrstă și sex – concepții corecte, științifice, referitoare la atitudinea civilizată și sănătoasă în mediul de muncă și de viață, în scopul menținerii igienei și asigurării unui climat favorabil activității de zi cu zi.

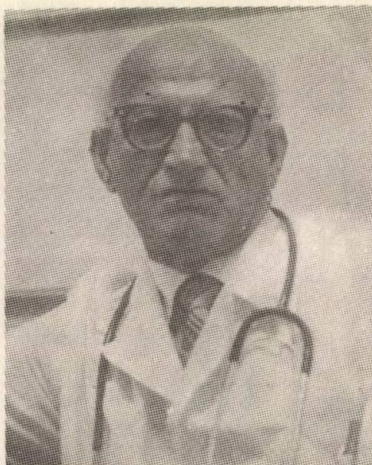
Parte integrantă din cultura omului modern, educația sanitară reprezintă și mijlocul cel mai eficace al personalului medico-sanitar și apropiaților săi colaboratori, activiști voluntari ai Crucii Roșii, de luptă organizată contra factorilor de risc, contribuind prin conținutul, mijloacele și formele sale atît la profilaxia îmbolnăvirilor cît și la creșterea calității vieții. De aceea, oamenii de știință subliniază cu fiecare ocazie faptul că un organism călit și armonios, se bucură întotdeauna de sănătate și longevitate.

Așadar, educația sanitară oferă mijlocul cel mai eficient pentru o bună informare științifică și la timp a populației, pentru stimularea creșterii interesului acestora față de toate problemele referitoare la sănătatea și viața sa.

Acesta este cadrul în care, prezentul grupaj de interviuri luate unor cunoscuți reprezentanți ai școlii medicale românești, își propune să prezinte cititorilor Almanahului revistei „Sănătatea” cîteva probleme actuale de sănătate, precum și modalitățile de prevenire și tratare cît mai eficientă a unor îmbolnăviri. Sînt de fapt, teme majore de sănătate dezvăluite în 10 interviuri.

SEMIOLOGIA MEDICALĂ ASTĂZI

Interviu cu prof. dr.
Gheorghe DANCĂU,
șeful catedrei III și al
Clinicii de semiologie
medicală de la Institu-
tul de medicină din Ti-
mișoara



— Dicționarul medical definește semiologia ca ramură a medicinei care se ocupă cu studiul simptomelor și semnelor bolilor, precum și cu tehnica cercetării utilizării lor în vederea precizării diagnosticului și prognosticului. Se cunoaște că o mare parte a activității medicale gravitează în jurul diagnosticului, condiție pentru instituirea tratamentului. Având în vedere îndelungata dv. experiență în cadrul clinicii de semiologie medicală din Timișoara, vă propunem, stimate tovarășe profesor, să începem dialogul cu întrebarea: Cît loc ocupă anamneza în stabilirea diagnosticului?

— Desigur că scopul examenului (consultației) bolnavului este stabilirea diagnosticului corect, pentru că numai atunci medicul știe ce tratament să aplice. Experiența clinică dovedește că, într-un procent important din cazuri, diagnosticul se bazează în mare parte pe informațiile anamnezei, adică pe datele obținute din discuția cu bolnavul, și că principalele surse de eroare în precizarea diagnosticului au la bază tocmai o anamneză sumară, „luată în fugă”. Uneori, atunci cînd diagnosticul ajunge la un „punct mort”, rezolvarea problemei o obținem mai curînd revenind mai amănunțit și mai precis asupra anamnezei (înseamnă că ceva, unele „amănunte” ne-au scăpat), decît multiplicînd la infinit investigațiile paraclinice. Iată numai un exemplu în acest sens, dar ele sînt nenumărate: o bolnavă în etate de 40 ani se internează cu un icter apărut în urma unei dureri abdominale relativ intense. Se ridică ipoteza unui icter mecanic în cadrul unei coleditiaze, dar se discută și eventualitatea unei hepatite virale cu debut duros. Sindromul clinic preicteric nu este evident. De asemenea, datele de laborator obținute pot fi interpretate pentru ambele ipoteze. Se pune problema unei laparoscopii, însă, revenind asupra anamnezei, aflăm un amănunt pe care bolnava nu l-a relatat la început, pentru că nu l-a considerat important, și anume, că, încă cu o săptămînă înaintea durerii abdominale a prezentat urini de culoare închisă, element care pleda în favoarea unei hepatite acute, diagnostic confirmat de evoluția ulterioară.

— Dar bolnavul poate uita anumite amănunte ori le interpretează subiectiv.

— Astfel de situații sînt frecvente și, în parte, răspunsul l-am dat la întrebarea precedentă. Este necesar totuși să subliniem aci că medicul trebuie să aibă o pregătire profesională foarte bună, un orizont cultural larg și să fie înarmat cu foarte multă răbdare și înțelegere față de omul bolnav, ca să-i poată cîștiga de la primul contact încrederea deplină. În acest fel, printr-o anamneză „dirijată”, cu întrebări suplimentare și pe înțelesul bolnavului respectiv, poate obține datele necesare, lămuritoare pentru orientarea spre diagnostic. Aș exemplifica prin cazul unei bolnave internată pentru explorări în legătură cu o melenă survenită cu 3 săptămîni în urmă. Bolnava afirmă, într-adevăr, că a avut timp de două zile scaune negre, ulterior culoarea scaunelor revenind la normal. Nu a prezentat niciodată suferințe digestive. Examenul clinic și celelalte explorări, inclusiv cele radiologice, au fost normale. Diagnosticul etiologic al melenei rămîne neclar. Se repetă examenul radiologic digestiv și din nou este normal. Se propune o gastroscopie. Se reia anamneza și aflăm niște „amănunte” în plus, și anume, că scaunele negre au avut o consistență normală, nu au fost însoțite de o stare lipotică sau tendință de aceasta și mai aflăm că melenă a fost precedată timp de două zile de un epistaxis abundent și repetat, bolnava amintindu-și de data aceasta că a „înghițit” atunci o cantitate apreciabilă de sînge. Iată cum anamneza ne-a lămurit că aspectul melenic al scaunelor nu se datora unei hemoragii digestive, ci înghițirii singelui provenit din acel epistaxis. Deci o simplă revenire la anamneză s-a dovedit, în acest caz, a fi mai eficientă decît o multiplicare lipsită de sens a investigațiilor paraclinice.

— Pentru că aceleași simptome și semne pot avea semnificații diferite, vă propunem să ne oprim asupra cîtorva. De pildă, ce poate sugera febra, ca modalitate de răspuns a organismului față de agresiunea unui agent nociv?

— Într-adevăr, febra este un simptom care-l determină de cele mai multe ori pe bolnav să consulte un medic, care este pus frecvent în mare dificultate în ce privește interpretarea corectă a acestui simptom, deoarece este comun în foarte multe boli, reprezentând o modalitate de răspuns a organismului față de agresiunea unui agent nociv: infecțios, proteic sau de altă natură. Apariția febrei este dependentă de modificări metabolice complexe ale organismului, care, pe lângă creșterea temperaturii, antrenează o serie de alte tulburări: tahicardie, cefalee, frisoane, transpirații, astenie, insomnie sau somnolență, scăderea pozei de mâncare etc. În funcție de cauzele care o produc, deosebim **febra infecțioasă**, care apare în orice proces infecțios al organismului fie fără semne de localizare (viroze, bacteriemii, riketioze, spirochetoze, paludism etc.), fie cu semne de localizare (tuberculoză pulmonară, supurații pulmonare, pneumonii, amigdalite, endocardite septice, celulite, plăgi infectate, flegmoane, abces subfrenic, apendicular, genital etc.) și **febra neinfecțioasă**, în neoplazii cu diferite localizări, hemopatii maligne (leucoze, limfoame), colagenoze majore, distrucții de țesuturi, reacții alergice, unele afecțiuni neurologice, endocrine etc. Sigur, pentru interpretarea cit mai corectă a cauzei febrei trebuie să ținem seama de aspecte, ca: valorile temperaturii, aspectul curbei termice în evoluție, durata febrei, modul de instalare, simptomele de însoțire, toate acestea completate cu investigațiile paraclinice țintite. Este important ca, în fața unei stări febrile, bolnavul să nu se autotrateze cu diferitele antitermice sau cu antibiotice, care îngreunează și mai mult precizarea etiologiei febrei respective, ci să se prezinte cit mai repede medicului.

— **Cefaleea este un simptom într-un număr destul de mare de afecțiuni. Care pot fi cauzele și ce pot sugera?**

— Cefaleea sau durerea de cap se produce prin cauze și mecanisme foarte complexe, care adeseori se intrică, ducând la dificultăți de precizare a cauzei și a tratamentului. Ea apare într-un număr foarte mare de afecțiuni, putându-se prezenta uneori ca simptom precoce, aparent izolat sau însoțit de alte simptome și semne, iar alteori ca simptom dominant. Cele mai frecvente cauze care produc cefaleea se pot grupa astfel: **cauze vasculare**, în cadrul cărora putem deosebi: **cefaleea vasomotorie**, cea mai frecvent întâlnită, în legătură cu surmenajul intelectual sau fizic, nerespectarea ritmului veghe-somn, stări de foame, situații conflictuale, schimbări meteorologice, intoxicații cronice cu CO, Pb, alcoolism, tabagism, stări febrile, anemii etc. Cefaleea vasomotorie are caracter de apăsare difuză, uneori chinuitoare și o mai întâlnim în hipertensiune arterială regională (când apare mai ales matinal, se asociază cu amețeli, tulburări vizuale, vijituri în urechi și este localizată mai ales occipital); în hipotensiunea arterială regională sau în hipotensiunea ortostatică, când cefaleea este localizată mai ales în regiunea frontală; în tulburări vasculare determinate de spasme de acomodare în hipermetropie, presbiție, astig-

matism etc., când cefaleea este declanșată mai ales de efortul de citit sau de scris. Staza cerebrală din insuficiența cardiacă se însoțește de cefalee cu apariție bifazică (spre miezul nopții și dimineața) și are un caracter difuz. În edemul cerebral de diferite cauze, cefaleea este difuză, intensă, însoțită frecvent de tulburări de vedere pînă la amauroză. **Cefaleea de cauze intracraniene** poate fi dată de tumori cerebrale și este de intensitate foarte mare, permanentă, însoțită de tulburări de vedere (stază papilară), vărsături, bradicardie etc. Encefalitele, meningitele, abcesul cerebral, hemoragia cerebrală, hematomul subdural sînt, de asemenea, cauze intracraniene care se manifestă întotdeauna și prin cefaleea intensă și persistentă. **Cefaleea de cauze extracraniene** poate fi dată de: sinuzite, otite, mastoidite, spondiloza cervicală, afectarea inflamatorie sau de vecinătate a nervilor cranieni, mai ales a nervului trigemen etc. Am enumerat numai cîteva din multitudinea de cauze care pot produce cefalee, ceea ce explică și dificultatea în stabilirea diagnosticului, precum și necesitatea unui examen obiectiv amănunțit, completat cu investigații paraclinice și consulturi interdisciplinare de specialitate.

— **Durerea are o sumedenie de semnificații. Vă rugăm să vă opriți asupra durerii abdominale, deoarece primim multe scrisori prin care ni se solicită lămuriri.**

— Dacă, așa cum spuneam mai sus, febra este un simptom frecvent pentru care pacientul se prezintă îngrijorat la medic, durerea și mai ales cea cu localizare abdominală este cauza care determină pe cei mai mulți bolnavi să solicite asistență medicală de urgență. Durerea abdominală se prezintă sub foarte multe aspecte în ce privește intensitatea, localizarea, durata, modul de debut etc., încît ar fi necesar mult spațiu ca să ne ocupăm de toate aceste aspecte aci. Ne vom opri în mod deosebit la durerea abdominală sub formă de colică abdominală, care de fapt aduce pe bolnav de urgență la consultație. Prin colică abdominală se înțelege o durere abdominală de intensitate foarte mare, cu instalare bruscă, obligînd bolnavul să ia poziții forțate, care-l calmează. Printr-o analiză corectă, detaliată a colicii abdominale, ținînd seama de o serie de criterii (intensitate, localizare, momente declanșatoare, simptome de însoțire etc.), putem să ne orientăm asupra diagnosticului bolii în cadrul căreia se manifestă: **colica biliară** (cea mai frecventă formă de colică abdominală), este o durere de intensitate foarte mare, ce se înălțește mai ales în litiția biliară sau în dischineziile biliare de tip hiperton, în sifopatii etc. Este declanșată de cele mai multe ori de un moment alimentar ce conține alimente colecistochinetice (ouă, grăsimi, prăjeli, maioneze, creme) sau de o stare de tensiune nervoasă, o emoție puternică, un proces inflamator, o trepidare, un efort fizic etc. Durerea pornește din hipocondrul drept, iriază în spate și către umărul drept, alături iradierea este necaracteristică sau, dimpotrivă, în bară, către hipocondrul stîng, semn de reacție pancreatică. Frecvent se însoțește de tulburări dispeptice

ca: greață, vărsături biliocase, balonare abdominală; **pancreatita acută**, adesea secundară litiazei biliare, se caracterizează, de asemenea, printr-o durere sub formă de colică localizată în etajul abdominal superior, fără apărare musculară la palpare și cu iradiere în bară. Durerea este asociată cu o stare de șoc, balonare abdominală, iar laboratorul evidențiază o creștere a amilazelor în sânge și în urină; **colica renală**, în litiaza renală cu calcul ureteral inclavat sau eliminabil, are o intensitate foarte mare, se instalează brusc, iradiază din regiunea lombară pe traiectul ureterului, pînă către organele genitale. Este însoțită de grețuri, vărsături, dar și de tulburări de urinare, cu micțiuni frecvente și uneori dureroase; **colica abdominală din ocluzia intestinală** este difuză, însoțită de balonare, oprirea tranzitului gazelor și a materiilor fecale, grețuri, vărsături, stare generală alterată. Diagnosticul trebuie precizat de urgență, prin radiografie abdominală pe gol și consult medico-chirurgical; **colica abdominală din criza de penetrație a unui ulcer gastric sau duodenal** este localizată în epigastru, bolnavul ia poziție forțată — antalgică. Ca elemente de diagnostic este importantă anamneza de ulcer gastro-duodenal, aspectul durerii, modificările locale abdominale la palpare, consultul medico-chirurgical de urgență și supravegherea în secția de chirurgie; **infarctul mezenteric** se manifestă prin dureri abdominale foarte intense, difuze, balonare abdominală, semne de ocluzie intestinală sau, din contră, scaune hemoragice. Mai întîlnim dureri colicative abdominale în apendicită acută, în sarcină extrauterină ruptă, în intoxicația cu plumb (colica saturnină).

— În încheierea dialogului nostru, vă rugăm să vă referiți la perspectivele semiologiei medicale.

— Medicul se confruntă frecvent cu situații care pot fi rezolvate apelînd la investigațiile paraclinice pe cît se poate „tîntite”, fără însă se piardă din vedere bolnavul. Progresele științelor fundamentale au generat și progresul disciplinelor clinice. Dezvoltarea tehnologiei și introducerea unui vast arsenal tehnic în medicină (diferite examinări de laborator, radiologice, ECG, EEG, endoscopie, biopsie, electromicroscopie, ultrasonografie, tomografie computerizată, explorări izotopice, ordinatele etc. au adus activității clinice și de cercetare noi valențe, de o valoare inestimabilă în diagnosticul și tratamentul bolilor. Dar, pe lîngă progresele imense în dezvoltarea științelor medicale, respectiv în cunoașterea științifică autentică a etiopatogeniei diferitelor boli, cu consecințe hotărîtoare în diagnostic, tratament și profilaxie, tehnologia medicală contemporană ar putea induce și riscul anumitor aspecte negative, în sensul că generează, într-o oarecare măsură, și o îndepărtare a medicului de bolnav. Uneori fascinați, alteori obnubiți de performanțele și spectaculozitatea tehnologiei diagnosticului, unii studenți în medicină și medici începători au tendința regretabilă de a supraevalua „datele de laborator”

și, concomitent, de a subestima examenul clinic tradițional al bolnavului, ajungînd chiar în situația paradoxală de a nu mai considera necesar să mai „vadă bolnavul”, din cauza aparatelor, a numeroaselor buletine de laborator etc. Indiferent de posibilitățile tehnice de diagnostic, chiar și atunci cînd simptomatologia este foarte săracă, nu ne putem lipsi de examinarea bolnavului și de coroborarea datelor obținute la examenul clinic al bolnavului cu cele oferite de explorările paraclinice, oricît de sofisticate ar fi ele. Consider că semiologia trebuie să meargă mîna în mîna cu progresul tehnic, care nu o poate exclude. Este adevărat că se crede că, în condițiile hiperspecializării, medicul tinde să devină un inginer de organe, iar bolnavul o piesă de bandă rulantă, care circulă de la un laborator la altul, de la un aparat la altul, pentru a-și consulta diferitele organe. Dar bolnavul nu este o colecție de organe afectate, ci este un tot unitar, o entitate psihosomatică, care este chinuit de suferința sa atît fizic cît și psihic. În acest context, se poate ajunge la ceea ce se numește „dezumanizarea medicinei”. Or, analiza teoretică și experiența clinică au demonstrat însă că anamneza, examenul obiectiv clinic și investigațiile paraclinice reprezintă, în esență, o unitate dialectică. Progresul enorm realizat în domeniul explorărilor permite astăzi un diagnostic mai precis, mai complet și mai precoce. Datorită tehnicilor de mare finețe s-a redus procentul erorilor de diagnostic. Nu trebuie însă uitat că laboratorul s-a născut din cerințele clinicii și nu invers. De aceea, anamneza, examenul clinic au prioritate față de explorările paraclinice, pe care le precede atît cronologic, cît și în logica elaborării diagnosticului. Trebuie să existe o bănuială, un „germen de diagnostic” pe baza căruia se vor orienta explorările paraclinice.

— Să reținem că investigațiile tehnologice moderne au generat o revalorificare a metodelor clasice de investigație, oferind o cunoaștere științifică a mecanismelor care stau la baza manifestărilor clinice ale bolii. Revalorificat, examenul clinic tradițional conferă medicului mai multă siguranță în elaborarea diagnosticului. Vă mulțumim, stimate tovarășe profesor.

Valeria CHILĂU

MATEMATICĂ DISTRACTIVĂ

Știți că puteți afla foarte ușor și repede vîrsta oricărui persoane? Iată cum se procedează, putînd chiar fără nici un risc să pariati că veți da cifra exactă: Cereți persoanei respective să înmulțească cu 2 numărul lunii în care s-a născut (ianuarie = 1; februarie = 2 etc.), să adauge cifra 5, să înmulțească totul cu 50. La rezultatul obținut să adauge vîrsta ei. În sfîrșit, să scadă numărul de zile dintr-un an (365). La acest rezultat adăugați cifra 115. Veți obține un număr alcătuit din 3 sau 4 cifre. Cele două cifre din dreapta reprezintă vîrsta persoanei. Cifre solitare sau cele două cifre din stînga reprezintă luna în care s-a născut. (de exemplu: 3 pentru luna martie sau 12 pentru luna decembrie). Nostim, nu?

SĂNĂTATEA MAMEI — CONDIȚIE A NAȘTERII UNOR COPII VIGUROȘI ȘI SĂNĂTOȘI



Interviu cu prof. dr.
Maria CERNEA, decanul
Facultății de medicină din Craiova

— După opinia dv. care este azi vîrstă ideală pentru mariaj?

— Căsătoria este un moment extrem de important în viața tinerilor, de aceea trebuie privită cu multă seriozitate întrucît pe lîngă sentimente, căsătoria se bazează pe rațiune. Sociologii și noi, medicii, am constatat că cele mai trainice căsătorii sînt cele ce se încheagă între 20—25 de ani pentru fete și 24—28 ani pentru băieți. Succesul unei căsătorii se bazează pe eforturile fiecărui partener de a menține relații de egalitate, de sprijin și afinități emoționale.

— În toată țara s-au înființat cabinete de sfat premarital. Ce lucruri esențiale învață femeia în acest cadru?

— Cabinetul de sfat premarital se adresează tinerilor care doresc să-și întemeieze o căsătorie sau tinerilor care își dau seama că „ceva” nu este în regulă în starea de sănătate a familiei lor. Aici, tînașa are ocazia să discute cu medicul unele aspecte care o supără, sau unele lucruri nelămurite de anatomie și fiziologie. De asemenea, consultul general care se efectuează va putea releva unele stări patologice — nesemnificative din punct de vedere vital poate, dar extrem de importante pentru viitoarea soție și mamă. Cu acest prilej se constată unele anomalii genitale sau tulburări endocrine care mai pot fi corectate, pentru a asigura viitorul cuplu de posibilitatea procreării. Tot aici ambii parteneri află că dacă nu survine o sarcină în primele 6—12 luni de la căsătorie trebuie să consulte un medic ginecolog. De asemenea, se accentuează asupra importanței primei sarcini care, dacă se întrerupe — spontan sau indus —, poate antrena o sterilitate sau o infertilitate deficitară. În cazul cînd există o incompatibilitate de Rh sau grup sanguin — următorii copii pot avea de suferit sau se pot naște morți. Sfatul premarital trebuie să nu fie ocolit de tinerii ce doresc să-și întemeieze un cămin.

— Ce afecțiuni contractate în perioada premaritală pot influența sănătatea tinerei femei și a viitorilor ei copii?

— Multe. În afară de faptul că dezvoltarea fizică și psiho-afectivă a unui subiect depinde de sănătatea celor doi genitori și de dezvoltarea intrauterină, depinde în foarte mare măs-

sură de bolile de care suferă în copilărie sau adolescență. Desigur la femeile aceste sechele cu care rămîne sînt mai evidente decît la bărbat. Unele tulburări menstruale, spre exemplu, care se întîlnesc aproximativ în 80 la sută din cazuri la pubertate, dacă după 6—12 luni nu se corectează spontan sau cu ajutorul medicului duc în mod sigur la o infertilitate feminină. Infecțiile genitale — chiar și discrete, în copilărie, adolescență, sau la femeia tînașă — sînt o cauză frecventă de infertilitate și, în mod deosebit, tuberculoza genitală sau peritoneală, afecțiune ce se întîlnește în perioada copilăriei tardive.

— „Casa fără copii e pustie”, spune un vechi proverb românesc. Reținînd ideea de mai mulți copii și în sensul dezvoltării familiei, dar și sub aspect sanogen, v-am ruga să ne spuneți care sînt avantajele biologice pentru femele?

— Tot un proverb spune că „nici o altă boală nu este mai scumpă decît copilul, pentru că acesta este legat de suflet” și eu aș spune că este „sufletul familiei”. Sarcina sau sarcinile și deci copiii, pe lîngă aspectul social și psihoafectiv pe care îl reprezintă, joacă și un rol biologic extrem de important, pe de o parte, pentru că ea apare numai la femei sănătoase, iar pe de altă parte pentru că menține un echilibru hormonal în organismul femeii, constituind un element de protecție pentru aceasta. S-a constatat că leziunile maligne (cancerul de sîn, de ovar sau de endometru) sînt mult mai frecvente la femeile fără copii decît la cele care au cîteva sarcini duse la termen. De asemenea, întreruperile de sarcini, fie ele efectuate în cele mai bune condiții, prin perturbarea endocrină pe care o determină, constituie un pericol pentru sănătatea femeii.

— Sterilitatea și infertilitatea cuplului sînt două dintre aspectele patologice care perturbă ambianța, echilibrul și atmosfera caldă a familiei. Cum pot fi prevenite și tratate acestea pentru ca glasul zglobiu al copiilor să se audă și în aceste case?

— Infertilitatea unui cuplu constituie o problemă medicală extrem de serioasă, prin multitudinea cauzelor care o poate determina, unele din ele neputînd fi diagnosticate sau tratate. Deși partenerii sînt aparent sănătoși,

există unele stări patologice evidente sau mai puțin evidente care sînt incompatibile cu procrearea. După cum am mai spus, dacă la un cuplu — care are o activitate sexuală normală — nu apare o sarcină în primele 6—12 luni, tinerii trebuie în mod obligator să se adreseze unui cabinet de sterilitate.

— **Care este experiența școlii de medicină din Craiova în acest sens? Cum se procedează în mod curent în județul Dolj și în județele arondate pentru combaterea infertilității și sterilității, pentru creșterea indicilor demografici?**

— La Craiova cabinetul de sterilitate și infertilitate s-a înființat cu 10 ani în urmă. La început s-a făcut o oarecare publicitate prin presa și emisiunile de radio locale, pentru ca populația din județul Dolj să știe unde și cînd să se adreseze în rezolvarea acestei probleme de sănătate. Ulterior, datorită rezultatelor bune obținute, tinerele căsătorite, sau femeile și bărbații care au fost nevoiți să se deplaseze în alte centre universitare și în special în București — au venit și s-au tratat la acest cabinet. Am putea spune că multe, foarte multe familii sînt ferice și, cînd se uită cu drag la copiii pe care îi cresc, se gîndesc cu simpatie și cu recunoștință și la oamenii în halate albe care au contribuit la această fericire. Copiii lor sînt și copiii noștri. Astăzi, afliușă la aceste cabinete este mare, ni se adresează foarte multe familii și din alte județe sau colțuri de țară pentru investigații și tratament.

De această dată, solicitarea nu este numai pasivă — vin partenerii din proprie inițiativă — ci și activă, adică aceste cupluri sînt dirijate către cabinet atît de către medicii de circumscripție cît și de către medicii de la cabinetul de sfat premarital — care la Craiova funcționează deja de doi ani.

— **În buna desfășurare a sarcinii o importanță deosebită se acordă depistării acesteia în primele trei luni. V-am ruga să faceți o comparație între condițiile de sănătate asigurate în cazul depistării timpurii și cel al depistării tardive, atît pentru mamă cît și pentru viitorul copil.**

— Desigur, o sarcină diagnosticată precoce — adică în primele 8—10 săptămîni — va avea cu totul altă evoluție față de o sarcină care este diagnosticată tîrziu și uneori chiar în luni foarte mari. Ideal, ar fi ca femeile la care ciclul menstrual nu se instalează în jurul datei presupuse, să se adreseze medicului obstetrician la o întîrire de cel mult 3—4 săptămîni. De ce? Pentru că și sarcina, și femeia vor fi „apărate” de unele accidente. Spun bine apărate, pentru că femeia gravidă trebuie să se supună unor controale medicale repetate, la anumite intervale, care se scurtează pe măsura ce sarcina evoluează către termen. La primul consult medical — atît prin datele clinice cît și prin cele de laborator — se pun în evidență anumite stări patologice, care tratate nu se agravează în cursul sarcinii, pe de o parte, iar pe de altă parte nu își exercită un efect nefavorabil asupra produsului de concepție. Sarcina „știută” în primele săptămîni, cînd se formează toate organele viitorului co-

pil, obligă femeia la un anumit mod de viață, care să nu-i dăuneze acestuia și în special să nu favorizeze producerea unor malformații. O femeie care este gravidă de cîteva săptămîni primește astfel sfaturi sanogene competente, importante pentru sănătatea viitorului ei copil: să nu folosească medicamente, să nu fumeze, să nu consume alcool, să se păzească să nu facă vreo viroză, să se odihnească mai mult etc. Desigur o consultație ginecologică sistematică, efectuată la intervale regulate (3—6 luni) pe lîngă constatarea stării de sănătate a femeii, poate pune și diagnosticul de sarcină la un număr de femei. Marea majoritate a femeilor, însă, trebuie ele singure să se adreseze medicului cînd bănuiesc că sînt gravide. Riscurile unor complicații ale sarcinii sînt înfinit mai mici în aceste condiții, decît dacă așteaptă să fie chemate la medic. Responsabilitatea mamei față de sănătatea propriului copil este mult prea mare ca aceasta să fie lăsată la voia întîmplării.

— **Ce urmări pot avea intreruperile de sarcină și avorturile incomplete pentru starea de sănătate a femeii și pentru potențialul său fertil?**

— Intreruperile de sarcină, după cum am mai spus, chiar și cele efectuate în cele mai bune condiții, au un efect negativ asupra stării de sănătate a femeii, nu mai vorbesc de cele efectuate empiric cu diferite metode, care, cel mai adesea pun în pericol viața acesteia. În primul rînd femeia poate să nu mai rămînă gravidă niciodată, se produc leziuni organice locale, care devin ireversibile. Sarcinile pot să apară, dar nu pot fi duse pînă la termen. Se constituie așa-numita „boală abortivă”, care nu se mai soldează cu nou-născuți sănătoși și viguroși ci cu niște copii prematuri, care fie că mor imediat sau în prima săptămînă sau luna după naștere, fie că rămîn retardați mintal etc. În cazul cînd cei doi soți au sînge cu grup sanguin și Rh diferit (și aceste situații nu sînt rare) dacă se intrerup primele sarcini, următoarele nu mai au șanse să evolueze pînă la termen sau să se soldeze cu copii vii; mor în uter sau imediat după naștere. De foarte multe ori avortul provocat duce la moartea femeii prin infecții grave, tulburări de coagulare, insuficiență hepatică sau renală. Alteori, este nevoie de o intervenție chirurgicală ce salvează viața femeii prin histerectomie totală. Dar femeia rămîne amputată fizic și tarată psihic. La toate aceste lucruri trebuie să se gîndească femeia, bărbatul cît și părinții acestora, care, adesea, nu sînt străini de actul necugetat pe care îl face o femeie gravidă pentru a scăpa de o sarcină.

Copiii sînt singurii care dau sens și bucurie familiei. Cu cît sînt mai mulți, familia este mai fericită, mai sănătoasă și mai unită: copiii se cresc unul pe altul, se ajută atunci cînd sînt mici, dar mai ales mai tîrziu, în viață. Cu cît sînt mai mulți frați cu atît și comportamentul lor social este mai pozitiv: sînt mai muncitori, mai altruști, mai sociabili.

Nicolae MEDIANU

PRIMUL AJUTOR - INTERVENȚIE DE IMPORTANȚĂ VITALĂ



interviu cu general
maior prof. dr. doc.
Gheorghe NICULESCU

Preocupări statornice ale Societății de Cruce Roșie, educarea populației în domeniul acordării primului ajutor, instruirea grupelor sale sanitare voluntare și a surorilor de Cruce Roșie rețin an de an atenția unui număr tot mai mare de cetățeni. Dacă, practic, acțiunea de instruire a întregii populații în domeniul primului ajutor s-a încheiat, conform Legii nr. 3/1978 se impune totuși asigurarea unei reîmprospătări periodice a cunoștințelor teoretice și practice. Iată de ce ne-am adresat tov. general maior prof. dr. doc. Gheorghe Niculescu, șeful Clinicii de ortopedie din cadrul Spitalului Militar Central, de mai multe ori președinte al juriului concursurilor republicane ale grupelor sanitare voluntare ale Crucii Roșii.

— V-am ruga, mai întâi, stimate tovarășe profesor, să ne spuneți cum apreciați dezvoltarea de pregătire în domeniul acordării primului ajutor în urma acțiunilor convergente întreprinse de Ministerul Sănătății și Societatea de Cruce Roșie.

— Mi-aș permite de la început să fac remarca următoare: experiența personală mi-a permis să trag concluzii în ceea ce privește pregătirea formațiunilor Crucii Roșii. Consider că echipierele grupelor sanitare, spre exemplu, au foarte bune cunoștințe teoretice și practice, folosesc cu multă competență trusa de prim ajutor, dovedind, lucru foarte important, multă disciplină, ordine, conștiințozitate.

— Dintre toate intervențiile pe care viața le impune în situații normale, ca și în cazuri excepționale, numărul cel mai mare îl dau fracturile.

— Polifracturații și politraumatizații cu componentă principală osteo-articulară ocupă un loc important atât ca frecvență cât și ca dificultate terapeutică. Acest fapt impune familiarizarea tuturor cu noile concepții terapeutice și organizatorice.

— Ce reguli se cer îndeplinite, după opinia dumneavoastră?

— Pentru salvarea unui număr cât mai mare de accidentați osteo-articulari se impune introducerea următoarelor principii: cunoașterea și folosirea cu mare precizie a „gestului care salvează” la locul accidentului; aplicarea „gesturilor chirurgicale simple, dar extrem de eficiente”, de către echipele sanitare sau medic-chirurgicale sosite la locul calamității, pe timpul transportului și la spitale; introducerea principiului „tratament medico-chirurgical competent”.

— Elementul esențial, după opinia noastră, ar fi dat de dictonul „Primum non nocere” (Mai întâi să nu faci rău). De aceea vă întrebăm: la actualul stadiu de cunoaștere a noțiunilor de prim-ajutor ce intervenții pot avea persoanele aflate, să zicem, la locul unui accident de circulație?

— Primul ajutor la locul accidentului trebuie acordat numai de persoane calificate prin cursurile de prim-ajutor ori de echipiere ale grupelor sanitare, surori de Cruce Roșie, personal sanitar. La nevoie, se va apela la auto-ajutor, mai ales dacă starea rănitului permite acest lucru. Primul ajutor va consta în scoaterea polifracturatului din zona dezastrului, oprirea hemoragiei, imobilizarea provizorie a fracturilor cu mijloace improvizate sau din dotarea grupelor sanitare și transportul cu targa. Cu ajutorul mijloacelor de transport specializate (autosanitare), sau cu ajutorul unor mașini personale în caz de nevoie, politraumatizații vor fi transportați la dispensarul-policlinic cel mai apropiat, unde se va continua acordarea primului ajutor, de această dată de către un medic, și se va completa fișa. Acei politraumatizați osteo-articulari a căror stare generală este satisfăcătoare vor fi transportați direct la spitalul cel mai apropiat unde vor fi supuși tratamentului medico-chirurgical calificat.

— Ați apreciat la început competența echipierelor din cadrul formațiunilor sanitare ale Crucii Roșii pe care le-ați examinat teoretic și le-ați observat în timpul acțiunilor practice de aproape opt ani de zile. Ce recomandări aveți, totuși, de făcut acestor tinere?

— Echipierele au arătat, în mod concret, cunoștințe temeinice de prim-ajutor. Ele cunosc modul de efectuarea triajului în raport de gravitatea leziunii și au efectuat corect transportul victimelor.

Totuși, consider că trebuie să aibă în vedere următoarele:

• Trusele să conțină numai materialele din barem, așa după cum sînt ele specificate, chiar dacă în manual sînt unele date care întregesc baremul.

● Intrarea în focar să se facă corect, stabilindu-se o bună orientare, nu o activitate dezordonată. Toți membrii echipelor să acționeze concomitent și să nu se întimplă ca unui dintre ei să fie simpli spectatori.

● Se cere mai multă operativitate în examinarea victimelor și, de asemenea, siguranță în aplicarea gesturilor de primă urgență (garou în hemoragii).

● Să nu se uite că neintrarea la timp în teren duce la agravarea stării răniților.

● După acordarea primului ajutor în stopul cardiorespirator să nu se abandoneze victima după ce și-a reluat funcțiile vitale (respirația spontană, bătăi cardiace regulate), ci să fie supravegheată atent pentru a se preîntâmpina reinstalarea unui nou stop cardiorespirator.

● Transportul accidentaților cu leziuni vertebrale se va face pe un plan dur, nu pe brațe, pe târghi improvizați sau târghi de pinză.

● La accidentați cu fracturi ale femurului, bazinului și la polifracțurați se dau calmante.

● Nu trebuie uitate materiale chirurgicale (penșetă, foarfeci) în focarul lezional.

● Fracturile membrelor presupun o bună imobilizare (antebrațului legat de gît pentru fractura oaselor antebrăului sau claviculei, imobilizarea gambei în fracturile metatarsienelor etc.).

● Mască trebuie să fie aplicată la intrarea în zona contaminată.

● Prolungirea nejustificată a măștii pe figura victimelor, în zona necontaminată, e și ea nocivă.

● Atenție la transport! Victima scăpată de pe targă sau alergarea cu targa poate pune în pericol viața victimei.

Consider, deci, că este necesar să se insiste asupra modului de intrare în focar, a triajului victimelor în raport de urgență, a evacuării după urgența medico-chirurgicală. Primul ajutor trebuie efectuat rapid, la locul accidentului. Pe timpul transportului accidentații trebuie susținuți pînă ce sînt instalați în autosanitare.

— Mai dificilă pare intervenția în cadrul fracturilor bazinului. Am dori să oferim cîteva explicații și, apoi, indicații necesare de prim ajutor în vederea prevenirii complicațiilor.

— Complexitatea morfofuncțională a centurii pelviene explică polimorfismul și gravitatea leziunilor traumatice ale bazinului, fapt ce sporește dificultățile terapeutice. În vederea refacerii multiplului său rol funcțional — de protecție, dinamic și static — și prevenirii sechelelor invalidante, se impune aplicarea celor mai moderne și logice metode ortopedico-chirurgicale.

Pentru stabilirea unui diagnostic lezional cît mai exact și alegerea atitudinii terapeutice celei mai adecvate, este necesar să se țină seama de structura funcțională a bazinului care este într-o perfectă interdependență cu coloana vertebrală și axul osos femural. Datorită interdependenței osteo-musculo-ligamentare, se realizează o structură deformabil elastică, avînd ca suport organizarea trabeculară în arc secant pe direcțiile principale de transmitere a

presiunilor: longitudinal, în direcția celor două coloane — ilio-publiană și ilio-ischiatică și transversal, prin cele două linii nenumite la care se adaugă sistemul arciform cotiloidian și ischio-pubian.

Orice modificare patologică, ireversibilă a structurii astfel definite, va conduce la repartitia polară a presiunilor generatoare de deficit funcțional, cu final artrozic, fapt bine cunoscut în evoluția bolnavilor cu fracturi de bazin. la care artroza și calusul vicios sînt destul de frecvente și deseori invalidante.

Pe baza datelor biomecanice, clasificările moderne ține seama de întreruperea sau integritatea formațiunilor osoase de-a lungul liniilor de forță transmise de la coloană prin bazin, către membrele pelviene.

Ca urmare, se descriu:

— fracturi care nu afectează liniile de forță: fracturi prin smulgere, parcelare, izolate ale crestei iliace prin șoc direct, ale ramurilor pubiene, ischionului etc.;

— fracturi care întrerup liniile de forță: fracturi ale cotilului, disjuncții, conjuncții pubiene, fracturile hemibazinului.

Important este să se precizeze dacă fractura este articulară sau extraarticulară, dacă este stabilă sau instabilă, dacă există leziuni asociate, viscerele, vasculare, urinare, neurologice.

Nu trebuie să se negligeze existența fracturilor de bazin în cadrul unui politraumatism sau polifracțuri, întrucît adesea aceste leziuni trec neobservate. De aceea, efectuarea sistematică a unor radiografii de bazin în pozițiile clasice (față, oblică-alară și obturatorie) se impune la orice politraumatizat cu suspiciune de traumatism de bazin, urmată, dacă este necesar, de tomodensitometrie pentru evidențierea traiectelor și aprecierea gradului de deplasare a fragmentelor. Aceste date au un rol hotărîtor în alegerea conduitei terapeutice ulterioare: ortopedică sau chirurgicală.

În vederea prevenirii complicațiilor cu pericol vital și a infirmităților grave, se impune instituirea precoce, încă de la locul accidentului, a măsurilor de reanimare și asigurarea unui transport în condiții optime.

— Dar în ceea ce privește reducerea luxației?

— Fracturile complexe ale bazinului se prezintă sub variate forme anatomoclinice, interesînd de obicei multiple porțiuni ale cotilului, lăsînd în urma lor incongruențe articulare, luxații ale capului femural cu necroza lui consecutivă. Aceste fracturi majore ale cotilului ridică probleme dificile și mult disputate de tactică și tehnică terapeutică, întrucît adeseori pot duce la rezultate tardive nesatisfăcătoare.

Primul gest terapeutic, de urgență, este reducerea luxației și instituirea extensiei continue, urmînd ca ulterior să se adopte terapia conservatoare sau chirurgicală. Tratamentul ortopedic și cel chirurgical nu reprezintă două metode terapeutice contradictorii, ci complementare.

— Într-un interviu acordat revistei noastre amînteai de cîteva aparate realizate sub con-



ducerea dv. la Clinica de ortopedie a Spitalului Militar Central pentru perfecționarea aparaturii de prim-ajutor.

— În vederea asigurării condițiilor optime pentru imobilizarea și transportul polifracturilor sau politraumatizațiilor cu componentă principală osteo-articulară, un colectiv al Clinicii de ortopedie și traumatologie din Spitalul Militar Central, a realizat un sistem de imobilizare pentru fracturile membrului toracic, pelvine și bazinului. Cu ajutorul unei tije latero-toracale, cu sprijin axilar se pot imobiliza provizoriu și fracturile membrului toracic. Sistemul de imobilizare provizorie (SIP-1) este realizat din țevă de duraluminu, având dimensiuni reglabile (prin telescopare), oferind posibilitatea imobilizării în extensie a membrului pelvin afectat. Fiind realizat din duraluminu (cu greutate specifică mică), sistemul este ușor (1 400 g), facil de manevrat și aplicabil chiar de persoane necalificate.

Deoarece până în prezent nu exista un sistem de transport care să asigure imobilizarea tuturor segmentelor fracturate, inclusiv a leziunilor cranio-vertebrale, colectivul mai sus amintit al clinicii, a conceput targa TO-1 pentru imobilizarea și transportul politraumatizațiilor. Aceasta este realizată din schelet metalic (țevă de duraluminu), având în jumătatea

craniană un suport din tablă galvanizată pentru trunchi și cap. Capul poate fi fixat între doi suporti laterali, montați la planul târgii. În mijlocul târgii se află un ax central care oferă posibilitatea fixării membrului pelvine în extensie, atunci când este necesar. Pe marginile târgii pot fi fixate stative perfuzoare pentru reanimare pe timpul transportului. Un alt avantaj al târgii îl constituie faptul că este rabatabilă la mijloc, permițând transportul nu numai în poziție de decubit ci și în poziția șezând (pentru traumatizații vertebrale fără fenomene neurologice), având coloana fixată la targă.

Targa, deși construită din metal, este ușoară (6 kg) și lesne de manevrat.

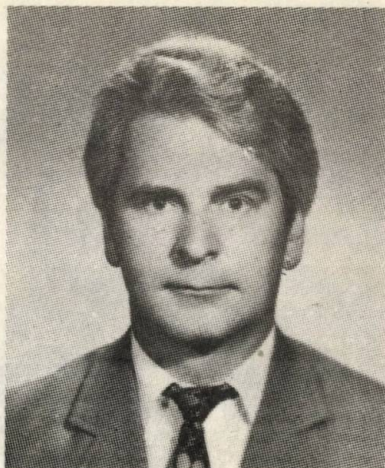
Acest mijloc de transport și imobilizare, intrat în dotarea autosanitarelor, alături de targa obișnuită, va permite preîntâmpinarea eventualelor complicații ireversibile (tetra sau paraplegii).

— Considerind că cele spuse de dv. îi vor interesa pe mulți dintre cititorii noștri și mai ales pe echipele grupelor sanitare voluntare ale Crucii Roșii, vă mulțumim în numele lor pentru răspunsurile la întrebările redacției.

Cristian IONESCU

ULCERUL GASTRIC ȘI DUODENAL ÎN VIZIUNE CONTEMPORANĂ

Interviu cu conf. dr.
Carol STANCIU, șeful
Secției gastroenterolo-
gie a Spitalului clinic
județean Nr. 1 Iași



— De la descrierea ulcerului rotund al stomacului, făcută de Cruveilhier, denumire dată de fapt ulcerului gastric și celui duodenal, precizat de către Moynihan și până la studiile anatomo-fiziologice efectuate de către școala românească de gastroenterologie creată de prof. dr. Th. Spirchez, datele privind frecvența celor două maladii în lume au fost destul de diferite mulți ani de-a rândul. Care este situația în prezent?

— Ulcerul gastric și ulcerul duodenal, reprezentând localizările cele mai frecvente ale bolii ulcerose. Afecțiunea este răspândită pe tot globul, frecvența sa variind de la o țară la alta. Se apreciază că o persoană adultă din 10 are sau va avea cîndva ulcer. În țara noastră predomină ulcerul duodenal față de cel gastric, într-un raport de 3:1. Ulcerul gastric și cel duodenal constituie o importantă problemă social-economică, avînd în vedere preponderența la persoanele tinere, încadrate în muncă și numărul mare de zile de concediu medical.

— Cu toate că de-a lungul anilor s-a încercat o serie întreagă de explicații în ceea ce privește modul de apariție a acestor două boli cu localizări gastrice și intestinale, dar care prin evoluție, simptomatologie și efect au multe coordonate comune, mecanismul lor de producere încă nu este lămurit în suficientă măsură. Pentru care motiv?

— În ciuda unor cercetări intense, problemele fundamentale privitoare la mecanismele de producere a ulcerului gastric și duodenal rămîn și în prezent încă nerezolvate. Totuși, cîteva precizări se pot face pentru lămurirea unor aspecte. Astfel, trebuie reținut că în stomacul sănătos există un echilibru (o balanță) între factorii ulcerogeni (de agresiune), dintre care pe prim plan se situează acidul clorhidric, și factorii de apărare (de protecție), rolul important revenind mucusului gastric. În acest cadru, ulcerul va apare cînd, din diverse cauze, factorii de agresiune vor depăși pe cei de apărare. Elementul constant și important în producerea ulcerului rămîne agresiunea acidului clorhidric, dovada de necontestat fi-

ind aceea că el nu poate apare decît numai în prezența acestui acid (legea lui Schwartz din 1910: „No acid, no ulcer” = „Unde nu-i acid, nu-i ulcer”). Rolul cel mai evident al acestei agresiuni apare în ulcerul duodenal. Din contră, în producerea ulcerului gastric rolul cel mai important revine dificultăților în protecția asigurată în mod normal de mucoasa gastrică. Pe lîngă acești factori „predispozanți” (agresiunea acidă, scăderea factorilor de protecție), care pot fi ereditari (se cunosc „familii” de ulceroși) sau generați de condițiile de mediu, în geneza ulcerului mai intervin și factori „precipitanți”, dintre care amintim: mesele neregulate, pregătirea culinară particulară (rintașuri, prăjeli, condimentare excesivă), băuturile alcoolice (consumate mai ales pe stomacul gol), abuzul de cafea și tutun (mai ales pe stomacul gol), abuzul de medicamente ulcerogene (aspirina, corticosteroizii etc.), factorii nervoși (oboseala, stresul) etc.

— Diagnosticul se pune, la imensa majoritate a cazurilor, pe baza semnelor clinice, confirmarea făcîndu-se prin examen radiologic și endoscopic, primul rămînînd investigația de bază, iar secundul avînd valoare deosebită în ulcerul gastric (pentru diferențierea de o ulcerăție malignă). Cum evoluează cele două afecțiuni și ce complicații pot apărea?

— Ulcerul gastric și cel duodenal au o evoluție naturală destul de capricioasă, putînd intra în remisiune clinică (spontană sau după tratament) pentru o lungă perioadă de timp, cînd bolnavii pot consuma alimente care înainte declanșau dureri. Cît privește complicațiile mai importante, acestea sînt în număr de 5. Astfel, **hemoragia** se manifestă sub formă de hematemeză (vărsături cu sînge) sau, mai frecvent, de melenă (scaune negre ca păcura); de menționat că nu rareori durerea ulceroasă se calmează după hemoragie. **Perforația** constituie cea mai gravă complicație, a ulcerului. Netratată la timp, evoluează spre peritonită generalizată și moarte și se traduce clinic prin durere epigastrică extrem de violentă, cu debut brusc, agravată de orice mișcare, ceea

ce determină bolnavul să stea liniștit în pat. **Stenoza pilorică** (strîmtoarea orificiului prin care alimentele trec din stomac în intestin) este caracterizată prin vărsături abundente în conținut alimentar (alimente consumate înainte cu 1-2 zile), iar examenul radiologic cu bariu arată un stomac mare, al cărui conținut nu se evacuează. **Penetrația** ulcerului în organele vecine (în special în pancreas) este sugerată de schimbarea caracterelor durerii, care devine continuă și nu se ameliorează la administrarea de alcaline. În fine, ultima mare complicație este **degenerarea malignă a ulcerului gastric**, care rămîne o problemă încă discutabilă, deși, în prezent, majoritatea cercetărilor se îndepărtează de această ipoteză. Ulcerul duodenal nu se transformă niciodată în cancer.

— **Desigur că și în cazul ulcerului gastric sau duodenal, semnele de boală constituie un capitol important de cunoscut, avînd în vedere evoluția acestor maladii și eficiența instituirii unui tratament cit mai precoce. Între acestea amintim greața și salivă abundentă (în ulcerul gastric necomplicat), vărsăturile acide (în ulcerul penetrant), senzația de acreală și arsurile pe traiectul esofagului, paliditatea, scăderea apetitului (mai ales în cazurile complicate), constipația (mai frecventă în ulcerul duodenal). Cea mai importantă rămîne totuși durerea epigastrică, sub formă de arsură sau de torsiune. Care sînt formele ei de manifestare?**

— Durerea epigastrică are două caracteristici principale - apare după mese (la 1/2-1 oră în ulcerul gastric și la 2-3 ore în cel duodenal, uneori între miezul nopții și ora 3 dimineața): este periodică, adică apare zilnic timp de 2-4 săptămîni, după care urmează, o perioadă de acalmie, în care nu se manifestă luni sau chiar ani; în unele cazuri această periodicitate poate îmbrăca un caracter sezonier cu crize primăvara toamna. De reținut că vărsăturile sînt provocate uneori de bolnavii înșiși pentru a-și ameliora durerea. În același scop ei mai folosesc ingestia de alimente, Bicarbonat de sodiu sau alte calmante gastrice. Totodată, precizăm că intensitatea durerii crește cînd ulcerul pătrunde în profunzime și ea iradiază către umărul stîng, cînd este atins și pancreasul. Mîncărurile acide, cruditățile tari și condimentele accentuează, de asemenea, durerile.

— De la „bătrînii” Bicarbonat și Citrat de sodiu, Bismut și Beladonă și pînă la actualii Gelusil, Ulcosilvanil și Tagamet, terapia medicamentosă în cele două afecțiuni a cunoscut în ultimul timp o evoluție promițătoare. De aceea am dori să cunoaștem cîteva aspecte referitoare la tratamentul actual, cu precizările de rigoare.

— Trebuie subliniat de la bun început că în ciuda unor mari eforturi depuse în aproape toate țările lumii, cu toate rezultatele obținute în domeniul gastroenterologic, nu dispunem totuși de un medicament care să vindece definitiv ulcerul, iar pînă cînd vom cunoaște cu exactitate cauzele bolii, pare improbabil ca un astfel de medicament să apară. Și totuși, poate că nici o altă boală nu a cunoscut un aflux atît de mare de principii terapeutice ca boala ulceroasă (în pre-

zent, peste 200 de medicamente utilizate!), unele rămînînd „vedete” pe o perioadă mai îndelungată (ani), cum sînt antiacidele, altele pentru scurt timp (săptămîni). Dar cercetările continuă (pentru descoperirea altora, mai puternice, mai eficiente) sub imperiul optimismului exagerat sau, dimpotrivă, al nihilismului. Numărul mare de medicamente întrebuintate constituie dovada cea mai bună că nu dispunem încă de unul care să vindece ulcerul. Important de subliniat este faptul - și acesta trebuie bine înțeles de medici și de pacienți - că ulcerul gastric și duodenal reprezintă boli cronice, cu remisiuni și recidive, și că o dată apărute „ele vor exista întotdeauna”. Cu alte cuvinte, ulcerul ca leziune locală (sediul în duoden sau stomac) reprezintă numai un aspect al bolii el se închide (cu sau fără tratament) și apoi recidivează după un timp mai scurt (luni) sau mai lung (ani). Medicamentele de care dispunem în prezent vindecă leziunea, nu boala. Un alt aspect important de reținut este că ulcerul, în sensul de leziune locală, se vindecă și fără tratament în 4-6 săptămîni în aproape jumătate din cazuri!!! Tocmai aceste mari șanse de vindecare spontană ale ulcerului creează un bun „business” pentru unele firme! Cît privește antiacidele, în trecut ca și astăzi ele rămîn baza eficienței a tratamentului. Dintre preparatele românești amintim Calmogastriul, Gastrosedolul, Trisilicalmul, Ulcerotratul, iar din cele străine: Almagelul, Phosphalugelul, Gelusilul etc. Se iau la o oră după masă. Din păcate, Bicarbonatul de sodiu, cel mai eficient antiacid pentru combaterea durerii, nu se mai recomandă, intrucît în cure prelungite are efecte secundare serioase. Anticolinergicele (Scobutil, Probanin etc.), al doilea mare grup de medicamente antiulceroase, se dau înainte de mese în ulcerul duodenal (nu în cel gastric), în asociere cu antiacidele. Ulcosilvanilul, un produs românesc realizat de dr. I. Pușcaș și colaboratorii, cunoscut ca un inhibitor puternic al secreției gastrice acide, este folosit cu rezultate deosebit de bune atît în ulcerul gastric cît și în ulcerul duodenal. Dar lista medicamentelor antiulceroase este foarte lungă, iar dinre cele și „la modă” amintim: Cimetidina (Tagamet) și Ranitidina, ambele avînd un preț ridicat.

— **În ultimul timp și în domeniul alimentației în cazul celor două afecțiuni au survenit unele controverse: dieta este sau nu eficientă? Aceasta înseamnă abdicarea de la clasicismul dietetic?**

— Oarecum! Pentru că regimul dietetic a constituit, pentru mult timp, elementul esențial al tratamentului ulcerului gastric și duodenal. Trebuie însă precizat că și studii mai recente au demonstrat falsitatea unor măsuri dietetice clasice la bolnavii ulceroși, măsuri care nu fac altceva decît să complice inutil viața acestor persoane. De aceea, alimentația ulceroșului trebuie să fie completă, bogată în toate principiile alimentare, cu mese mici și frecvente (cel puțin 5 pe zi), cu excluderea alimentelor la care bolnavul prezintă intoleranță (deci „dieta la alegerea bolnavului”), cît și a celor cu acțiune iritantă asupra mucoasei gastrice (condimente, prăjeli, rîtașuri), a băuturilor alcoolice, cafelei și fumului. În legătură cu laptele, trebuie subliniat că

el reprezintă un admirabil aliment (dacă este însă suportat).

— Cu ce noutăți se prezintă secția dv. de gastroenterologie, atît sub aspect diagnostic cît și terapeutic?

— În diagnostic s-a introdus ca metodă de rutină endoscopia în toate cazurile de ulcer gastric depistate radiologic, cu scopul de a preciza prin biopsie dacă este un ulcer benign sau malignizat (cu alte cuvinte, pentru depistarea unui cancer gastric în fază incipientă, terapeutic utilă). În tratament, am lansat, pe plan național, de mulți ani, „biscuiții antiacizi”, care reprezintă un „aliment-medicament”, apoi două preparate antiacide („Gelfosfal” și „Gastrobent”) cu rezultate foarte bune. De menționat, de asemenea, că în ultimul timp am introdus în cazurile de ulcer hemoragic metoda endoscopică de hemostază cu injectarea de diverse substanțe care au eficacitate în oprirea sîngerării.

— Așadar, dacă nu cunoaștem cu precizie

cauzele celor două boli, putem vorbi totuși de prevenirea lor!

— Bineînțeles! Putem vorbi însă de o profilaxie a „recidivelor”, adică după ce ulcerul s-a închis. Aceasta presupune evitarea excesului de cafea, ceai și alimente greu digerabile, preparate nedietetice, evitarea băuturilor alcoolice, respectarea igienei actului alimentar (mese regulate, masticație completă etc.). Mesele să fie mici și repetate (gustări mici între mesele principale); foarte bun este (dacă este suportat) un pahar de lapte între mesele principale. De asemenea, se recomandă administrarea unui antiacid între mesele principale (mai ales primăvara și toamna), evitarea atît a stărilor emoționale, de tensiune nervoasă, a traumelor psihice, cît și a unor medicamente (Aspirină, Fenilbutazonă, Indometacin, corticosteroizi).

Dr. George M. GHEORGHE

ORTOPEDIA PEDIATRICĂ— O DISCIPLINĂ DE VIITOR

interviu cu dr. Alexandru PESAMOSCA, șeful Clinicii de chirurgie a Spitalului clinic de copii București



Fie că este vorba de o afecțiune congenitală cu implicații ortopedice, fie de un traumatism grav al membrilor rezultat dintr-un accident de circulație, aspectul copilului este impresionant. Cu atît mai impresionant cu cît el se poate permanentiza, influențînd întreaga existență a unui om în devenire, cauzîndu-i suferințe, traume și complexe de inferioritate. Un motiv în plus pentru părinți de a apela de urgență la ajutorul chirurgilor pediatri, specialiști apăruiți în peisajul medicinei nu de prea multă vreme, desprîși din rîndul chirurgilor. Unul dintre cei mai de seamă reprezentanți ai acestora, dr. Alexandru PESAMOSCA, la sfîrșitul unei zile de muncă prelungită pînă după orele 18, a avut amabilitatea să îmi acorde următorul interviu:

— Aș vrea să încep cu o mărturisire: chirurgia și ortopedia copilului își păstrează încă acel caracter de universalitate al chirurgiei de altă dată. Cu ani în urmă și ortopedia adultului era făcută tot de chirurghi. Abia în ultimii 50 de ani ortopedia s-a constituit, și nu ușor, ca specialitate de sine stătătoare. Noi am păstrat prin forța lucrurilor starea inițială poate și prin faptul că sîntem puțini chirurghi și ortopezi de copii. Personal, am fost și sînt pasionat mai ales de chirurgia viscerală, deși am făcut și fac multă ortopedie.

— În ce constau diferențele dintre ortopedia generală și ortopedia pediatrică?

— Majoritatea ortopezilor socotesc că ortopedia e una singură — de cînd se naște copilul pînă

și încheie viața adultul. Eu cred că ortopedia de copii e o specialitate care merită să aibă independență, pentru că se ocupă de o perioadă de vîrstă în care creșterea organismului crează cu totul alți parametri – și clinici și de tratament. Denumirea vizează mai ales tratamentul ortopedic și mai puțin cel chirurgical. Această specialitate, care a apărut abia în urmă cu 50 de ani, avea la început mai ales un caracter ortopedic; azi, ea a căpătat o latură chirurgicală foarte importantă legată de progresele înregistrate în instrumentarul modern al specialității, în crearea unor materiale deosebite de osteosintează, în apariția mai recentă a numeroase cimenturi sau în alte mijloace ce servesc la fixarea unei proteze etc.

- Se poate vorbi de salturi spectaculoase în acești 50 de ani?

- Nu s-au înregistrat salturi tehnice deosebite, dar s-a progresat simțitor în realizarea unui tratament din ce în ce mai corect nu numai al malformațiilor congenitale – care alcătuiesc un procent foarte mare al bolilor ortopedice la copil –, dar și al traumatologiei copilului, accidente și traumatisme ale acestuia crescînd ca număr și devenind o problemă deosebit de importantă, fiind, de altfel, prima cauză de deces în perioada copilăriei. În cadrul acestor politraumatisme, foarte mulți copii au fracturi de membre, dintre cele mai diverse. Unele se pot soluționa ortopedic, dar multe dintre ele beneficiază de un tratament chirurgical pentru ca viitorul acestor copii, creșterea lor să nu fie influențată de un tratament incorect sau incomplet. Cea mai mare cucerire a ultimilor 25 de ani este „Diagnosticul precoce al luxației congenitale de șold”. Majoritatea copiilor cu luxație congenitală de șold erau pînă nu de mult depistați în a doua jumătate a primului an de viață, mai exact după ce învățau să meargă. Mulți dintre ei, în urma tratamentului ortopedic-chirurgical se vindeau cu rezultate bune, dar nu foarte bune. După ce s-a popularizat depistarea luxației congenitale de șold prin semnul clinic denumit „Semnul lui Ortolani”, luxația congenitală de șold a început să fie depistată chiar de la naștere, fapt ce a făcut ca 90 la sută dintre copiii afectați să se vindece perfect cu mijloace simple și foarte ușor suportate de nou-născut, în care nici măcar aparatul ghipsat nu-și mai găsește locul. Dacă pînă nu de mult primeam 10 nou-născuți din 100 cu diagnostic corect de luxație congenitală de șold, azi numărul copiilor depistați corect a crescut la 50 la sută, și avem speranțe ca în următorii ani 90 la sută din copiii cu luxație congenitală de șold să fie depistați în primele opt zile de la naștere. Odată depistată atît de timpuriu, corecția se face cu mijloace extrem de simple, chiar fără aparat ghipsat.

- La fel stau lucrurile și în alte malformații frecvente ale piciorului, de exemplu piciorul strîmb congenital, varus echin etc.?

- Sînt malformații care nu pun probleme deosebite de diagnostic, pentru că deformarea este evidentă și pentru necunoscători. Dar ideea de a începe tratamentul încă din primele zile de viață

(sau cum afirma un mare ortoped „chiar înaintea tăierii cordonului ombilical”, nu pentru că aceasta ar fi o atitudine de urmat, ci pentru a puncta necesitatea precocității tratamentului) oferă șanse extraordinare de reușită. În asemenea condiții malformațiile pot fi foarte ușor corectate, aproape de perfecțiune, nu doar din punctul de vedere al formei, ci și din cel al funcționalității viitoare a segmentului de membru.

- Care este prognosticul actual al sechelelor de maladie amniotică?

- Multe dintre sechelele de maladie amniotică, care la prima vedere descurajează familia și, uneori, chiar și pe medici, au astăzi un tratament foarte bine codificat. Se știe azi cu exactitate cînd trebuie desfăcute anumite sindactilii parțiale, cînd trebuie operate aceste sindactilii pentru realizarea unei mîini cu aspect cît mai apropiat de normal. Sînt tot atîtea probleme deosebite de importante în care tratamentul propriu-zis este, dacă vrei, preventiv, ca și pentru picior. Rezultatele sînt foarte bune. M-a vizitat de curînd un fost pacient pe care l-am operat pentru sechele de maladie amniotică și care acum reușește să cînte perfect la acordeon. E un mare succes. V-am dat acest exemplu din rîndul malformațiilor congenitale pentru a sublinia importanța tratamentului precoce, acest tratament care capătă valoare profilactică cu importanță în evitarea apariției deformațiilor ulterioare, care se tratează greu.

- V-aș propune să oferiți cîteva exemple privind diferența dintre rezultatul tratamentului precoce și al celui tardiv.

- Un bun exemplu este și luxația congenitală de șold, pentru că șoldul reprezintă o articulație perfectă, sub formă de nucă. După ce s-a luxat, indiferent de tratamentul efectuat – ortopedic sau chirurgical –, încheietura nu mai poate avea exact aceleași valori funcționale. Totuși, rezultate avem oricînd efectuăm intervenția ortopedic-chirurgicală. Dar nu vom avea niciodată aceleași rezultate dacă vom îngriji copilul din primele zile de viață sau mult mai tîrziu, lăsînd la o parte avantajele unui tratament extrem de comod și pentru copil și pentru părinți.

- O remarcă din timpul asistenței la consultațiile acordate de dv. în această zi. Mi s-a părut a fi foarte multe afecțiuni inflamatorii ale nou-născutului, care în cadrul unei infecții generale al organismului afectează și o articulație.

- Particularitatea acestor osteoartrite este că, tratate corect, cu o imobilizare corectă, se vindecă cu sechele minore. Neglijate, chiar dacă nu generează complicații grave ale organismului în totalitate, lasă sechele: scurtări și deformări foarte grave ale membrului.

- Se întîmplă uneori accidente chiar în momentul nașterii. Copiii aceștia pot fi recuperați?

- Desigur. O afecțiune care, din păcate, o mai întîlnim este paralizia obstetricală a membrului superior. Ea apare mai ales în timpul nașterii la copiii cu greutatea mai mare, pe care îi poartă de obicei mame ce au și unele disocii de bazin. Boala se tratează corect și cu rezultate bune

imediat după naștere. Cu ătele ghipsate, tratament medicamentos și ionizări se obțin adevărate minuni. Netratată la timp, ea dă însă sechele foarte grave, care necesită intervenții chirurgicale corectoare.

- Dar tulburările distrofice?

- Și acestea se pot vindeca acum fără probleme. Boala Legg-Perthes-Calvé, de exemplu, este o distrofie osoasă ce afectează articulația coxo-femurală. Tratată din timp, nu lasă urmări. Depistată și tratată tardiv lasă sechele importante.

- Ce înțelegeți prin „tardiv“?

- Cîteva luni de la debut cînd copilul nu numai că schiopătează și acuză dureri, dar are toate mișcările soldului limitate. Cînd ajung la noi, deformările capului femural sînt atît de grosolane încît cu toate eforturile nu mai putem reface perfect structura acestei articulații.

- Statisticile indică o creștere a accidentelor la copii. Ce probleme vă ridică dv., ortopezilor?

- Aproape că nu există zi în care în clinică să nu se interneze 5-6 copii cu fracturi, adăugîndu-se altor 20-30 de copii internați de mai multă vreme. În funcție de sezon, cauzele sînt sîniușul, culesul de fructe, jocurile nesuperavegheate în casă sau în mijlocul străzii... Pentru ortopezii de copii toate aceste fracturi au multe particularități privind acuratețea reducerii ortopedice și perioada de imobilizare - în sensul că dacă pentru un copil de doi ani o deformare minimă sau chiar mai accentuată nu reprezintă o dramă, ea putînd fi modelată prin creșterea și plasticitatea oselor, la adult acestea nu pot fi tolerate sub nici o formă. De asemenea, imobilizarea pentru o fractură la gambă, de exemplu, presupune un timp de maximum o lună la un copil între 3-7 ani, în timp ce la adult aceeași fractură necesită 3-4 luni de imobilizare. Chiar și reeducarea prin proceduri balneofizioterapice e infinit mai ușoară la copil decît la adult sau vîrstnic, redoriile articulare - atît de temute în ortopedia adultului - fiind rareori întîlnite la copil.

- Mai reprezintă scoliozele o problemă?

- Numărul celor operați s-a redus simțitor datorită tratamentului ortopedic și culturii fizice medicale.

- Se întîlnesc uneori cazuri de copii bine tratați ortopedic sau chirurgical care totuși nu s-au vindecat complet.

- Ortopediei trebuie să i se adauge recuperarea. Pe lîngă orice serviciu de ortopedie ar trebui să existe obligatoriu un serviciu de recuperare dotat cu toată aparatura necesară și cu cadrele care să conducă foarte bine tratamentul de recuperare funcțională post tratament ortopedic sau post tratament chirurgical și ortopedic. Scopul acestui serviciu este nu numai să trateze bolnavii, ci și să-i pregătească pentru o eventuală intervenție obligatorie. Avem șansa să dispunem aici, în spitalul nostru, de un serviciu de recuperare foarte bine dotat, care contribuie nemijlocit la obținerea rezultatelor noastre.

- Luați în considerare în acest ansamblu și rolul familiei?

- Toate afecțiunile ortopedice presupun mai întîi un diagnostic precoce, în al doilea rînd un tratament corect ortopedic și/sau chirurgical, un

tratament susținut de recuperare și, în mod cu totul deosebit, o participare activă din partea tuturor părinților. Și aș da ca exemplu faptul că mai ales pentru micii bolnavi cu sechele de infirmitate motorie cerebrală (encefalopatie, boala Little, paraparezile spastice) părinții ar trebui să creeze la domiciliu o mică unitate de recuperare, în care toate procedeele însușite în centrul de recuperare să se continue fără să se forțeze nicio dată nota. Și cred că aportul părinților la obținerea unor rezultate bune în bolile ortopedice ale copilului este esențial; chiar și în respectarea tuturor prescripțiilor. Pentru că se întîmplă de foarte multe ori să scoată din proprie inițiativă aparatul ghipsat sau se adresează unor pseudo-specialiști și pierd tocmai perioada optimă de vindecare a unei boli ortopedice. E valabil și pentru piciorul strîmb, și pentru luxația congenitală de sold, și pentru multe alte afecțiuni, vînd rezultate imediate. Ortopedia presupune o perioadă mai lungă de recuperare.

- V-aș pune și o întrebare mai delicată: care sînt limitele actuale ale specialității dv.?

- Noi sîntem datori încă să facem progrese. Aș cita, printre altele, pseudoartroza congenitală de tibie, în care rezultatele ortopediei mondiale sînt destul de modeste. De asemenea, ageneziile de radius pentru membrul superior și ageneziile de tibie pentru membrul inferior. Un alt capitol îl reprezintă tumorile osoase - mai ales cele maligne (osteosarcomul și reticulosarcomul). Poate în această direcție ar trebui concentrate eforturile, într-o secție de oncologie pediatrică, care să grupeze majoritatea cazurilor, care să poată să efectueze un tratament multimodal, în care chirurgia, radioterapia și tratamentul cu citostatice să se poată individualiza de la caz la caz pentru a se îmbunătăți rata de supraviețuire a acestor bolnavi.

- Cum vedeți evoluția specialității dv.?

- Evoluția specialității noastre este în funcție și de instrumentar: de la suruburi de toate dimensiunile, plăci, bormașine fine pînă la aparate TV care să te ajute să te apropii de perfecțiune în intervențiile ortopedice. Pentru tratamentul complex al bolilor ortopedice ale copilului întreprinderea de protezare are o importanță deosebită nu doar pentru a ne ajuta pe noi în corectarea diferitelor deformări ale membrului dar și pentru a înlocui cit mai aproape de normal membrele, pacienților care dintr-un motiv sau altul li se impune o amputație. Și în acest sens cred că ar mai trebui foarte multe de făcut. Pentru că și în acest domeniu s-au făcut niște progrese uimitoare. Protezele trebuie să fie foarte ușoare, foarte apropiate de anatomie și mai ales de funcția membrului respectiv. Sînt azi miini cinematizate de așa manieră încît bolnavul care le poartă să-și poată desfășura cîteva funcționalități ale membrului superior. Oricum, datorită utilității sale deosebite, a numărului mare de copii redăți unei evoluții normale, și printr-o perfecționare a mijloacelor sale tradiționale de lucru, a colaborării interdisciplinare, ortopedia pediatrică are toate șansele de a se impune.

Cristian IONESCU

MENINGITELE — BOLI VECHI, ÎN ACTUALITATE

Interviu cu prof. dr.
Vasile GORGAN,
șeful Clinicii de boli
infecto-contagioase
a IMF Cluj-Napoca



— Conform datelor oferite de istoria medicinei, primele descrieri amănunțite despre meningite apar în jurul anului 1805 la Geneva, iar despre agentul cauzator principal, meningococ, în 1867, meningitele infecțioase acute fiind etichetate, mulți ani mai târziu, ca provocate de agenți infecțioși foarte variați (bacterii, virusuri, fungi, protozoare și paraziți). Ne-ați putea spune cum se declanșează boala și la ce grupe de vîrstă?

— Pentru a se produce afecțiunea, bacteriile și virusurile trebuie să ajungă la meninge, unde dezvoltă un proces intens, al cărui rezultat este apariția unui exudat purulent, însoțit de un edem marcat al creierului. Deși aproape toate bacteriile cunoscute au fost implicate, etiologia este însă dominată de trei feluri de germeni: neisseria meningitidis (meningococul), streptococcus pneumoniae (pneumococul) și haemophilus influenzae. În ultimii ani au apărut cu o frecvență tot mai mare și alți agenți patogeni, cum sînt stafilococul, salmonellele, streptococii de grup B, enterobacteriile etc. Ei sînt în concordanță și cu zona geografică. Astfel, în Africa predomină meningococul, în America de Nord haemophilus influenzae, iar în țara noastră meningococul și pneumococul. Cît privește vîrsta, s-a constatat că aceasta constituie un factor favorizant mai ales la copii. În acest sens trebuie reținut că etiologia meningitelor la nou-născut este dominată de bacili Gram negativi (E. coli, salmonelle, enterobacterii, streptococ din grupa B etc.). La sugar se întîlnesc meningococul, pneumococul, haemophilus influenzae și bacilii Gram negativi. La copiii între 1—5 ani domină net meningococul, pneumococul și haemophilus, între 5 și 16 ani, pe primul loc se situează meningococul, iar la adult pneumococul, urmat de meningococ.

— De cele mai multe ori infecțiile cu meningococ sînt răspindite în regiunile nordice și temperate ale globului, izbucnirea epidemiei făcîndu-se de la cazuri sporadice, cu o creștere treptată în săptămîni și chiar luni, avînd o creștere maximă în sezonul rece și o scădere maximă în cel cald. Prin ce semne se recunosc?

— Semnele și simptomele clinice care survin în meningite sînt în strînsă corelație cu vîrsta și asemănătoare, indiferent de microbul care le determină. La copilul mare și la adult, tabloul clinic este acela al unei boli infecțioase grave. Începutul este brusc, uneori dramatic, în plină sănătate, cu frison, febră înaltă (39°—40°), cefalee puternică (dureri de cap),

vărsături, stare de rău generală. Simptomele evoluează rapid și în decurs de ore, în ziua următoare tabloul clinic caracteristic fiind pe deplin conturat. În perioada de stare, febra și cefaleea atroce persistă, accentuîndu-se la cele mai mici mișcări. Apare sindromul de contractură musculară, la început la musculatura cefei, apoi la cea dorsală și lombară, bolnavul devenind rigid. Din cauza contracturii musculare, ceafa devine rigidă și nu permite apropierea bărbiei de torace. Deoarece bolnavul prezintă și o sensibilitate generalizată, musculară și cutanată, accentuată de contractură, el caută să-și micșoreze durerea luînd poziția de „cocoș de pușcă” (capul este tras spre spate, genunchii strîși și aduși spre abdomen). Semnele neuro-psihice, expresie a interesării encefalului (creierului) se instalează încă din primele ore și se manifestă prin: fobii (jenă la lumină), convulsii, agitație, dezorientare în timp și spațiu pînă la comă (suspendarea cunoștiinței), paralizii de nervi cranieni. În perioada de stare, febra se menține la valori ridicate. Frecvent, în meningite apare herpesul peribucal sau cu alte localizări, erupții pe tegumente, maculo-papuloase sau purpurice. La aceste semne se mai adaugă și manifestările focarului infecțios care a generat meningita (otită, pneumonie etc.).

— După cite știm, tabloul clinic al meningitei bacteriene la nou-născut și copilul mic se deosebește de cel a copilului mare și adultului.

— Într-adevăr! La nou-născut simptomatologia bolii este atipică. Este prezentă febra (dar nu în toate cazurile), predomină tulburările digestive (refuzul alăptării, vărsături, diaree), respiratorii (dispnee, apnee, cianoza tegumentelor), semnele neuro-psihice (convulsii, agitație). Mai târziu, în perioada de stare, apar semnele mai caracteristice meningitei: bombarea fontanelei, hipertonia musculară, plafonarea privirii (privire fixă în plafon), tipatul meningian. Lipsește însă contractura musculaturii cefei. Aceste semne trebuie bine cunoscute pentru a permite diagnosticul cît mai precoce, avînd în vedere gravitatea meningitelor la această vîrstă. Prezența acestor semne (în totalitate sau numai a unora din ele) impune, fără întîrziere, puncția lombară și examinarea lichidului cefalo-rahidian (LCR). La sugar predomină febra, vărsăturile, agitația, convulsile, plafonarea privirii, bombarea fontanelei. Semnele de contractură, deși prezente,

sînt mai puţin exprimate şi se depistează cu dificultate. Simptomatologia meningitelor între 1—5 ani este foarte asemănătoare cu cea a copilului mare şi a adultului. Începutul bolii este asemănător (febră, cefalee, vărsături) dar se adaugă sindromul de contractură (sindromul meningian), cu rigiditatea cefei, poziţia de „cocoş de puşcă” şi celelalte semne caracteristice (Kering, Brudzinski).

— **Evoluţia meningitelor este variabilă, în raport cu masivitatea infecţiei şi starea de reactivitate a organismului, ceea ce se traduce prin forma clinică cit şi prin aceea că boala a fost sau nu tratată corespunzător.**

— **Desigur!** Evoluţia şi prognosticul meningitelor bacteriene s-a îmbunătăţit mult în urma tratamentului etiologic cu antibiotice şi chimioterapie, factorii de prognostic cei mai importanţi fiind vîrsta, agentul etiologic, precocitatea diagnosticului şi a aplicării tratamentului, intensitatea semnelor neuropsihice, asocierea cu alte boli, starea de rezistenţă a organismului.

— **De la tratamentul cu sulfamide, seruri şi transfuzii în formele prelungite, care se făcea cu ani în urmă, s-a ajuns azi la terapia antibiotică şi igienă-dietetică deosebit de eficace. În ce constă?**

— Tratamentul meningitelor bacteriene se face azi în secţiile de terapie intensivă ale spitalelor de boli infecţioase. Tratamentul igienă-dietetic este foarte important. Astfel, o igienă riguroasă a tegumentelor şi mucoaselor, asigurarea permeabilităţii căilor respiratorii (aspiraţia secreţiilor), schimbarea poziţiilor în pat, frecţionarea şi pudrarea părţilor declive în vederea prevenirii escarelor, eliminarea secreţiilor sînt elemente terapeutice de cea mai mare importanţă. Totodată, alimentaţia adecvată, cu acoperirea nevoilor energetice, administrarea ei cu grijă, avînd în vedere tulburările de deglutiţie, mai ales în stările comatoase, este la fel de necesară. Totuşi, tratamentul etiologic (antibacterian) este cel mai important. El se face cu antibiotice, cu acţiune toxică asupra bacteriilor implicate în determinarea meningitei. Alegerea acestora se face în funcţie de agentul etiologic, cunoaşterea sensibilităţii (stafilococ, Gram negativ) şi pătrunderea lor în LCR.

În meningita meningococică, antibioticul de elecţie este Penicilina G; la copii doza este de 200 000 U.I. — 400 000 U.I./kg corp/zi. Administrarea se face intravenos sau intramuscular, de două ori pe zi, la interval de 12 ore, timp de 10—14 zile, în funcţie de evoluţia LCR-ului (revenirea la normal a elementelor celulare şi a celorlalte tulburări). La adult se administrează 10 milioane U.I. pe zi, în două prize, intravenos, timp de 10—14 zile. Meningita pneumococică beneficiază, de asemenea, de tratamentul cu Penicilina G. Dozele la adult pot atinge 20 milioane U.I. pe zi. Căile şi ritmul de administrare sînt aceleaşi. Durata tratamentului este mai lungă (14—21 zile sau mai mult), avînd în vedere gravitatea acestei meningite. La rîndul său, meningita cu haemophilus influenzae se rezolvă cu Ampicilină sau derivatele sale şi cu Cloramfenicol. Ampicilina se

administrează parenteral, 200—400 miligrame/kgcorp/zi, iar Cloramfenicolul 50 miligrame/kgcorp/zi. Cele cu stafilococ şi bacili Gram negativi se tratează conform antibiogramelor, eficienţa tratamentului fiind apreciată prin cercetarea repetată a nivelului de eficienţă inhibitorie şi bactericidă, atît în LCR cît şi în sînge. De reţinut că în terapia acestor meningite este indicată asocierea cu antibiotice. În fine, meningitele bacteriene cu etiologie neprecizată se tratează prin asocierea mai multor antibiotice. Cea mai frecventă asociere este între Penicilina G, Ampicilina şi Cotrimoxazol. Dar trebuie ţinut seama că cele mai multe meningite cu etiologie neprecizată sînt cauzate de meningococ. La meningitele cu etiologie neprecizată este indicată administrarea unui aminoglicozid (Gentamicină 5—10 mg) intrarahidian.

— **Faţă de complexa etiologie a meningitelor, şi profilaxia este, bineînţeles, mai deosebită, mai ales că şi vaccinurile au luat o mare amploare în ultimii ani.**

— Profilaxia meningitelor bacteriene se face în raport de factorul cauzator (meningococ, pneumococ şi bacili Gram negativi) post-traumatice şi secundare care survin în cadrul unor infecţii localizate (otite, sinuzite, pneumonii, infecţii cutanate, intestinale). Meningita meningococică beneficiază de chimioprofilaxie şi de vaccin. Chimioprofilaxia se face cu Minociclină (100 mg de două ori pe zi, timp de 5 zile) sau cu Rifampicină (600 mg/zi, timp de trei zile). Este indicată la contactii din familie şi din colectivităţi mai restrîns. Nu se recomandă aplicarea pe scară largă. Are eficienţă numai pe perioada administrării antibioticului. Numeroase ţări folosesc vaccinul faţă de meningococul de tip A şi C. Se administrează o singură doză; este eficient la toate vîrstele. Vaccinarea este recomandată în colectivităţi închise, integrate într-un sistem de viaţă bine organizat. Cît priveşte meningita pneumococică, şi ea poate fi prevenită prin vaccinare. Vaccinul se prepară din 14 tipuri de pneumococi, se administrează într-o singură doză şi are o eficienţă slabă, sub doi ani. Este indicată în colectivităţi (creşe, cămine, internate şi şcoli), la cei cu boli cronice şi splenectomizaţi. Meningita cu haemophilus influenzae beneficiază şi ea de chimioprofilaxie, cu Rifampicină, Ampicilină şi Cotrimoxazol, precum şi de vaccin (eficient la copiii peste 5 ani). Indicaţiile sînt similare cu cele ale vaccinului antimeningococic. În secţiile de nou-născuţi meningitele cu bacili Gram negativi se previn prin respectarea riguroasă a regulilor de aseptie şi antisepsie, prin educarea mamelor (înainte de naştere şi în primele zile după naştere) asupra aspectelor referitoare la îngrijire şi alimentaţie. Meningitele după traumatismele craniene sînt date mai cu seamă de pneumococ. Este indicată profilaxia cu Penicilina G (4 milioane/zi, timp de 5 zile). Meningitele secundare se previn prin tratamentul focarelor infecţioase cu antibiotice şi, în caz de nevoie, chirurgical.

Dr. George M. GHEORGHE

DE LA PSIHOIGIENĂ LA PSIHOPROFILAXIE

— Toate disciplinele medicale, beneficiază de rezultatele cercetării științifice moderne, de progresele obținute în perfecționarea metodelor de diagnostic și de îngrijire a bolnavilor, de elaborarea unor medicamente cât mai eficiente, de aportul științelor înrudite. Pentru a afla progresele la ordinea zilei ne-am adresat dv., tovarăse dr. Alexandrescu. Criteriile de stabilire a diagnosticului în psihiatrie sînt mai dificile, mai puțin precise decît în alte maladii, în care, de pildă, V.S.H. arată un proces infecțios, o opacitate pe o radiografie are o semnificație precisă sau măsurarea tensiunii arteriale aduce indicii prețioase medicului. Cum se încearcă rezolvarea acestei probleme de mare actualitate?

— Domeniul cauzelor biologice ale bolilor psihice este cel mai însemnat ca potențial pentru apariția unor descoperiri importante, cu mare relevanță practică. Mă voi referi însă mai întîi la lucrările care se desfășoară pe plan mondial în privința standardizării diagnosticului afecțiunilor psihice, ce constă din elaborarea de criterii precise pentru fiecare boală, pe baza unor definiții operaționalizate ale semnelor și simptomelor clinice și ale altor elemente diagnostice caracteristice bolii respective. Glosarul psihiatric inclus în ediția a noua a Clasificării Internaționale a Maladiilor (CIM-9), editată de O.M.S., a reprezentat un prim pas în această direcție, fiind urmat de intrarea în uz în S.U.A. a așa-numitului DSM-III (un manual de diagnostic și statistică a tulburărilor mintale), și de pregătirea DSM-IV, ca și a CIM-10, care vor încorpora majoritatea progreselor din clinica și diagnosticul bolilor psihice, într-o formă care să rămînă suficient de practică, de ușor aplicabilă în asistență. Glosarul național al bolilor psihice, care este în curs de elaborare la noi în țară de către un colectiv condus de **prof. univ. dr. Vasile PREDESCU**, președintele Societății de psihiatrie din cadrul U.S.S.M., caută și e să răspundă unor deziderate similare.

— Cui folosește această standardizare a diagnosticului?

— Tot ceea ce este azi „la ordinea zilei” în specialitatea noastră caută, în ultimă instanță, să fie folositor bolnavului. Această standardizare conduce la diagnostice mai obiective și, alături și de alte metode, la diagnostice mai obiectivabile atît pentru bolnav, cît și pentru colectivitate. Diagnosticul devine mai cert, mai reproductibil, afecțiunea bolnavului este mai corect încadrată din punctul de vedere al clasificării nosologice, al apartenenței la un grup definit de boli (nevroze, psihopatii, tulburări afective, depresii, anxietate etc.). Un diagnostic cert permite un prognostic mai sigur și, lucrul cel mai important, atît pentru bolnav cît și pentru medic, un tratament adecvat, optim. Diagnosticele standardizate crează și un fel de

Interviu cu dr. Lucian C. ALEXANDRESCU, cercetător științific la Institutul de neurologie și psihiatrie al Academiei de științe medicale.



limbaj comun, care permite medicilor psihiatri de diferite orientări și școli (biologice, comportamentale, psihodinamice etc.) să-și transmită reciproc ideile, observațiile, constatările și așa mai departe, cu mult mai reduse riscuri de neînțelegere din motive terminologice sau din cauza diferențelor conceptuale. A existat o mare diversitate de denumiri, de clasificări, de entități nosologice ce au avut nevoie de clarificări. Și cercetarea psihiatrică, în actuala ei restructurare calitativă, beneficiază de îmbunătățirea diagnosticului, devenind mai eficientă, finalizîndu-se mai constant într-o prevenție și tratare eficace a bolilor psihice. Beneficiarii finali sînt, așadar, tot bolnavii.

— Standardizarea diagnosticului aduce, evident, o facilitare, dar nu înseamnă și o diminuare a rolului medicului? În fond, putem citi simptomele în carte, completăm, eventual, unul sau două chestionare și, în măsura în care ne-am păstrat luciditatea conștiinței, stabilim singuri de ce boală suferim fără să mai apelăm la specialist.

— Standardizarea diagnosticului în psihiatrie nu elimină și nici nu încearcă să elimine rolul experienței medicului, al simțului clinic, al consultului amănunțit și complex, al tactului, răbdării și blîndeței în contactul cu pacientul. Criteriile de diagnostic rezolvă cu destulă ușurință diagnosticul formelor relativ tipice de afecțiuni psihice, forme care, din fericire, constituie majoritatea patologiei. În restul cazurilor însă, formele de boală atipice, diferite de descrierile „de manual”, cazurile complexe, indiferent cît reprezintă ele din punct de vedere numeric — 5, 10 sau 20 la sută din totalul bolnavilor, diagnosticul standardizat joacă, în cel mai bun caz, doar un rol orientativ.

— Metodele biologice de cercetare devin tot mai perfecționate. Le vor înlocui pe cele clinice?

— În adevăratul asalt pe care îl susțin astăzi metodele biologice de cercetare în științele despre creier s-ar părea că metodelor pur clinice nu le-a mai rămas mare lucru de făcut. În realitate lucrurile stau cu totul altfel. Întreaga psihiatrie înregistrează un salt calitativ. Pe de o parte, metodele biologice (dozări de neurotransmițători, de hormoni, electroencefalografie, tomografie computerizată și multe altele) și cele clinice (simptomele reieșite în urma discuției cu bolnavul și a examinării acestuia)

se completează și se întăresc reciproc. Pe de altă parte, și cercetarea clinică a făcut progrese metodologice foarte importante, în alegerea datelor (instrumente de lucru obiective, cu aplicare riguroasă standardizată, cum ar fi diferite tipuri de scale, chestionare etc.), în prelucrarea lor (prin introducerea tehnicilor moderne cu ajutorul calculatoarelor, ceea ce permite utilizarea cu ușurință a unor procedee statistice mult mai informative), în interpretarea rezultatelor (în general aceasta este mai puțin speculativă ca înainte și ține seama în mult mai mare măsură de contextul științific al cercetării, context reprezentat de studiile similare sau înrudite efectuate de alte grupuri de oameni de știință), precum și în modul de desfășurare propriu-zisă a cercetărilor, care este mult mai exact, mai precis controlat decât până acum, pentru a se elimina în cât mai mare măsură intervențiile posibile ale unor factori întâmplători.

Deși mulți considerau că în domeniul clinic nu mai pot surveni cine știe ce noutăți, s-au putut descrie chiar și unele entități nosologice noi, cum ar fi tulburarea prin atacuri de panică sau tulburarea de stres post-traumatic și s-a perfecționat modul de abordare a depresiei și a bolilor afective în general, a tulburărilor anxioase, a isteriei și a altor tulburări de personalitate etc.

— Dezvoltarea rețelei sanitare vine în ajutorul menținerii sănătății oamenilor atît în privința prevenirii îmbolnăvirilor cît și a îngrijirii celor suferinzi. Cum se reflectă în psihiatrie această dezvoltare?

— Da, dezvoltarea rețelei de asistență are și alte consecințe. Datorită creșterii accesibilității și adresabilității asistenței, pacienții care ajung la psihiatru sînt din ce în ce mai bine diagnosticați, necesitînd diversificarea corespunzătoare și a metodelor terapeutice și recuperatorii, a formelor de asistență. Din acest motiv se extind în prezent diferite forme semi-ambulatorii de asistență, intermediare între policlinică și spital, se face mai mult uz de metodele psiho- și sicioterapeutice, nu numai de cele medicamentoase, de ajutorul psihologilor, al asistenților sociali etc. În privința medicației deja ea nu mai este prescrisă doar în funcție de experiența medicului ci pe baza rezultatelor unor investigații precise. Studiile biologice rămîn de importanță vitală în psihiatrie, atît în privința precizării cauzelor unor boli psihice, cît și pentru tratament. Ca și în alte specialități medicale, cunoștințele în psihiatrie suferă schimbări foarte rapide și profunde. Sînt necesare acum eforturi serioase pentru a te menține la curent cu ceea ce este important din ceea ce este nou. Aș da ca exemplu descoperirea endorfinelor, substanțe care au generat un număr imens de lucrări și un mare entuziasm inițial, dar care, în momentul de față, nu au aplicații psihiatrice, deși se întrevăde o oarecare utilitate a lor în viitor.

Fără a neglija celelalte laturi ale determinismului complex al bolilor psihice, „asaltul” pe plan mondial în cercetarea psihiatrică se dă pentru descoperirea cauzelor biologice ale bolilor psihice, de pe poziții materialiste.

— Care este importanța cercetărilor efectuate pentru profilaxia bolilor psihice și ce noutăți sînt în domeniul terapiei psihotrope?

— Desigur că toate aceste probleme de actualitate din psihiatrie nu pot să nu aibă o reflectare în domeniul profilaxiei bolilor psihice. Astfel, în prevenția primară — adică în împiedicarea apariției afecțiunilor mintale — există două tendințe demne de semnalat: prima se referă la implicarea în activitatea de prevenție nu numai a personalului medico-sanitar, ci și a altor componente, (este o tendință care, cu cîțiva ani în urmă, a fost de altfel pusă la baza Legii ocrotirii sănătății la noi în țară)). Cea de a doua tendință se referă la creșterea specificității acțiunilor preventive (măsurile profilactice întreprinse acum sînt mai specifice, deplasîndu-se de la domeniul general al psihigienei la acela mai țintit al psihoprofilaxiei). Ambele tendințe s-au impus din motive de eficiență crescută, de rezultate practice superioare în domeniul patologiei de intensitate nevrotică.

Profilaxia secundară — tratarea optimă a bolilor constituite clinic — înregistrează cele mai mari progrese în domeniul medicației psihotrope. În unele țări există o adevărată inflație de astfel de medicamente, cu consecințe mai mult decât îngrijorătoare sub aspectul fenomenelor de automedicație; oamenii, fie că sînt bolnavi, fie că doar își închipuie că sînt bolnavi, iau medicamente (în special tranchilizante) fără să consulte nici un medic. Dacă marele public ar ști cît de complexă este neurochimia creierului și cîți factori intervin în prescrierea unui psihotrop și în exercitarea efectelor lui, cred că nimeni nu s-ar mai „trata” fără indicație medicală. Sigur că este bine ca omul să ia un antinevralgic sau un algocalmin într-o nevralgie dentară, dar autoadministrarea psihotropelor (medicamente care acționează asupra psihicului) nu intră printre aceste acțiuni simple, necesitînd vaste cunoștințe de specialitate și putînd avea consecințe grave în caz de ignorare a lor.

În profilaxia terțiară — combaterea consecințelor pe termen lung ale unei boli —, progresele se referă în special la diversificarea multidisciplinară a formelor de recuperare a bolnavilor, cu creșterea ponderii metodelor psihologice (psihoterapie de grup, individuală, familială, comportamentală) și sociale (terapie ocupațională, intervenții în mediu etc.), aplicate de psihologi, sociologi, instructori ergoterapeuți și alții.

Se aplică tot mai larg sărurile de litiu, care au ca indicație principală prevenirea unor noi episoade de boală afectivă declarată, alături de o serie de alte întrebuintări, atît în psihiatrie cît și în restul medicinei. Deși tratamentul depresiei a făcut mari progrese (cu nu prea mulți ani în urmă industria noastră farmaceutică producea un singur antidepressiv, iar în prezent există opt, și acestea alese într-un mod foarte judicios), totuși terapia electroconvulsivantă (ECT) rămîne încă de neînlocuit într-o serie de situații clinice (cum ar fi unele depresii grave). Metodele moderne de ECT cu protecție (sub anestezie) nu mai au nici pe

departe caracterul impresionant și neplăcut pentru bolnav și pentru cei din jur, care le-au creat renumele de metodă terapeutică „brutală”.

— Există, declarată sau nu, o anumită rețineră a bolnavilor în a se adresa medicului psihiatru. Din această cauză unii preferă, eventual, un internist sau neurolog, iar alții se autotrătează cu tot felul de tranchilizante.

— Da, teama de psihiatrie... Această are cel puțin două componente. Pe de o parte este teama ca atare, sau mai bine-zis jena pronunțată a unor bolnavi de a destăinui problemele sale cele mai intime legate de afectivitate, de performanțe intelectuale, de comportament. Bolnavul nu este însă nici primul, nici ultimul cu care medicul stă de vorbă. Psihiatrul are experiența și capacitatea de înțelegere necesare contactului cu categoriile cele mai di-

verse de pacienți; el nu caută decât să ajute bolnavul, cu tot tactul și discreția necesare. Cu cea de a doua componentă lucrurile sînt mai complicate. Bolnavul se teme de „eticheta” pe care i-o conferă un diagnostic și un tratament psihiatric fie în ambulator, fie în spital. Ce vor spune rudele? Ce vor spune colegii, vecinii? Odată cu dezvoltarea rețelei de asistență psihiatrică dispar și prejudecățile împotriva consultului și tratării la psihiatru. Schimbarea atitudinilor este un proces lent, dar care se face simțit la noi, ca urmare a creșterii continue a nivelului educațional general. La urma urmelor, psihiatrul nu este altceva decît un medic ca atîția alții.

Lucian HUIBAN

GELURILE ȘI REFACEREA TESUTURILOR

Spitalul Militar din Iași a fost și va rămîne în istoria medicinei românești drept un recunoscut centru medical, unde au ucenicit, alături de medici de mare valoare, o pleiadă de farmaciști de renume. În acest spital au activat, specialiști de seamă printre care, generalul Matiu Ionescu, biochimist și prof. dr. în farmacie, iar mulți dintre medicii de azi au merite deosebite în cercetare: col. dr. Vasile Ciuchi, ca specialist O.R.L., col. dr. Ion Mihăilă, șeful secției de chirurgie maxilo-facială, col. dr. Tănase Danieliuc, reputat specialist dermatolog și mulți alții.

Cel care ne vorbește, rememorînd și omagîind cu respect istoria acestui așezămînt medical, cu tradiție în țara noastră, este col. dr. în farmacie Nicolae OIȚĂ.

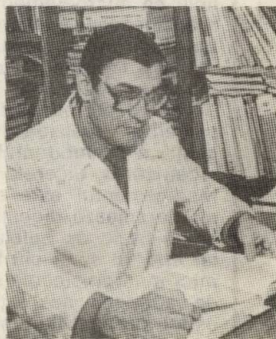
— Sinteți, stimată tovarășe colonel, din cele ce ne-ați relatat, absolvent al Facultății de farmacie din București. Cum ați fost primit, ca tînăr absolvent, la acest spital militar de tradiție?

— Am venit în Iași în urmă cu 25 de ani și mi-am început munca la fel ca orice tînăr absolvent, hotărît că trebuie nu neapărat să realizez ceva deosebit, ci să fiu în stare să continui cu cîinste strădaniile înaintașilor. Am început așadar să învăț să folosesc tehnologiile specifice unei unități de acest gen. Ulterior mi-am axat preocupările pe patologia adultului tînăr. Așa am ajuns în 1965 la primele cercetări privind prepararea unor medicamente necesare în tratarea afecțiunilor tubului digestiv (ulcere, colite, gastrite).

— Sub ce formă ați conceput aceste medicamente?

— Am optat de la început pentru formele lichide cu aspect de gel. Mi-am dat seama în timp că acțiunea gelului este mai eficientă și

interviu cu col. dr. în farm. Nicolae OIȚĂ de la Spitalul Militar Iași



mai adecvată scopului terapeutic urmărit. Clasicile comprimate și prafuri au, după părerea mea, neajunsul că realizează o acțiune benefică asupra bolii digestive la concentrații mult mai mari de substanță activă decît gelul. Astfel, la o linguriță de gel echivalentul în substanță activă este de o zecime de gram. Dacă s-ar lua o linguriță de praf, spre exemplu, echivalentul în substanță activă al acestuia ar fi de 3—5 grame. Alegînd ca soluție de fabricație gelul există nu numai posibilitatea de a economisi substanța activă ci și, în primul rînd, de a obține o acțiune eficientă și optimă a medicamentului cu efecte toxice secundare minime. Tehnologia fiind realizată și finalizată de-a lungul a 10 ani, mi-am pus apoi problema în ce măsură este originală. Așa am început de fapt adevărata cercetare științifică.

— Care a fost primul succes?

— Brevetarea gelului, care și-a dovedit eficiența după mai mult de 15 ani de utilizare în tratamentul acestui gen de afecțiuni. În 1980 produsul a fost fabricat în serie la Întreprinderea de antibiotice din Iași, sub denumirea de „Gastrobert”.

— Ce noutate științifică prezintă de fapt medicamentul?

— Una din noutăți și cea mai importantă este aceea că folosește silicați naturali indigeni în afecțiunile mucoasei gastrice. Ca noutate tehnologică evidențiem realizarea primului medicament românesc sub formă de gel

coloidal tixotrop (gel în repaus, fluid la agitare). Tot ca element de performanță este și eficiența terapeutică a produsului pe o largă paletă de doze.

— La ce vă referiți?

— La faptul că „Gastrobentul” poate fi administrat de la o linguriță, până la 40 linguri pe zi în intoxicații, depinzând de gravitatea bolii. El poate fi utilizat atât pentru o gastrită sau o iritație gastrică banală, cât și într-o intoxicație gastrică prin ingestie accidentală de acizi și baze (sau alte substanțe toxice) realizându-se chiar spălături gastrice (cu doze foarte mari).

— Prin ce este „Gastrobentul” superior altor geluri folosite în tratarea afecțiunilor gastrice?

— Realizarea gelurilor de silicați citoprotectori o considerăm superioară prin faptul că acestea se adresează biochimismului intim al celulelor mucoasei gastrice prin aportul de siliciu ca microelement. Se cunoaște că alterarea mucoasei gastrice, prin agresiunea acidului clorhidric și pepsinei din stomac, se datorează și faptului că ionul de siliciu conținut în mucoasă scade sub limitele admise, mucoasa devenind permeabilă la acid și enzime. „Gastrobentul” realizează deci, pe lângă protecția gastrică și îmbunătățirea troficității mucoasei, cicatrizarea ulcerelor prin aportul de siliciu. Medicamentul este necivoc și prin faptul că nu deranjează digestia, nu alterează echilibrul acido-bazic ca celelalte neutralizante clasice, iar aportul de siliciu fiind în concentrații foarte mici macromolecula silicatulului nu este alterată de acțiunea acidității gastrice menținându-se astfel proprietățile pe tot traiectul digestiv.

— Ce afecțiuni digestive beneficiază prin excelență de acest gel?

— Neînduc nociv pentru nici una din porțiunile tubului digestiv, produsul este util atât în ulcerul gastric și duodenal, ca protector la medicația agresivă (aspirină, salicilați, fenilbutazonă, antibiotice, cortizonice etc.), cât și în refluxul gastro-esofagian, micozele traiectului digestiv, rectocolita ulcero-necrotică (care beneficiază de foarte puține medicamente, și acelea de import, ca Salazopirina) etc.

— Și acum o întrebare puțin mai delicată: de ce medicii gastroenterologi nu prea recomandă în schema de tratament „Gastrobentul”?

— Acest medicament a ajuns pe piață prin presiunea opiniei publice și mai puțin la cererea medicilor de specialitate care, se pare, nu-l prea cunosc. De vină ar putea fi și o insuficientă publicitate făcută medicamentului printre medicii specialiști.

— Ce alte produse din familia gelurilor preparate de dv. prin microproducție, având efecte de regenerare a țesuturilor, ar putea interesa atât pe medici cât și publicul larg?

— Valorificând complex ideea de a realiza regenerarea țesuturilor prin aportul de siliciu în organism am ajuns la o variantă și mai simplă pe linia regenerării țesutului cutanat. Folosind aceeași materie primă ca și la varianta internă („Gastrobentul”) am trecut, prin microproducție, la prepararea de geluri-unguent, cu aplicație externă, preocupare ce durează de

altfel de circa 25 de ani. Ca o încununare a acestor strădanii am obținut un nou medicament denumit „Cicatrol”.

— În ce afecțiuni se folosește „Cicatrolul”?

— Acest produs este util în tratarea arsurilor de toate gradele, a ulcerelor varicoase, a radiodermitelor, escarelor, a cancerului cutanat. Pe lângă tehnologia originală de preparare se remarcă, ca noutate terapeutică, faptul că folosindu-se acest gel în tratarea arsurilor se renunță la pansamentul zilnic al plăgilor precum și la scurtarea perioadei de vindecare (3—10 zile, chiar la mării arși). Regenerarea pielii se face rapid la arsurile grave (cu condiția ca „Cicatrolul” să se aplice în strat gros) fără să apară ulterior cheloide sau cicatrici. Efectul medicamentului se realizează prin absorbția toxinelor, microbilor, a țesuturilor distruse, a secrețiilor. Asanarea plăgii de microbi se face prin eliminarea mecanică a stratului de gel-unguent, după care se aplică alt strat fără alte manevre, aplicându-se sau nu, un pansament (după caz). Cicatrolul calmează și înlătură șocul durerilor în arsurile grave ca și șocul toxico-septic cauzat de absorbția microbilor și toxinelor, prin blocarea rinichiului, chiar în arsuri de peste 40 la sută din suprafața corpului. Revenind la importanța siliciului asupra regenerării țesuturilor, afirmăm și de această dată că în distrugerea masivă a acestora (la arsuri) concentrația de siliciu din sânge scade mult sub limitele admise. „Cicatrolul” readuce la nivelul țesutului și siliciul pierdut la nivelul tegumentului, element care are rolul de a reface fără cicatrici tegumentele și previne șocul toxico-septic, de temut la mării arși.

Pentru readucerea la normal a țesutului lezat am realizat și medicamentul „Plastogel”, cu aport de silicați, care are rolul de a resorbe și reface cicatricile și cheloidele deja formate prin alte metode de tratament.

— În ce alte situații se reface țesutul prin utilizarea „Cicatrolului”?

— Regenerarea pielii se realizează nu numai în arsuri termice, ci și în arsuri cu substanțe chimice cu carbid, acizi, baze etc. De aici necesitatea dotării truselor de prim-ajutor (din industria chimică, metalurgică, petrolieră și din alte domenii cu risc pentru asemenea accidente) cu acest produs a cărui acțiune binefăcătoare asupra pielii se instalează imediat după ungere, evitându-se apariția flictenelor (aplicat în primele minute de la accident). Dacă nu se poate face în nici un fel toaleta plăgii, „Cicatrolul” se poate aplica direct pe pielea arsă, în strat gros, indiferent de corpul străini existenți.

— Ce alte produse aveți brevete și pentru a intra în producția de serie?

— „Multiseptolul” și „Ruxabionul”, dar amânate despre acestea cu altă ocazie.

Maria PREDOȘANU



POLUAREA MEDIULUI AMBIANT ȘI COMBATEREA EI



Interviu cu
conf. dr. Ion BERILĂ,
șeful disciplinei de
igienă a Facultății de
medicină din Craiova.

— De cînd a apărut pe Terra, omul se află într-o strînsă și reciprocă dependență cu toți factorii care alcătuiesc morfologia „universului” existenței sale. În efortul său permanent de emancipare, el a încercat să-și apropie și să stăpînească factorii care i-au permis dezvoltarea — aerul, apa, solul, alimentele —, intervenind cu intenții ameliorative în unele componente structurale și funcționale proprii acestora ori și-a creat o ambianță complementară, cum sînt de pildă așezările umane, cu toată complexitatea noilor aspecte inerent apărute. Și se pare că termenul de ecologie a apărut o dată cu primele dereglări în acest context. În ce mod?

— Conform constatărilor specialiștilor OMS, odată cu începutul revoluției științifice și tehnice, primatul criteriului economic al activităților umane oferă concomitent și posibilitatea constatării apariției unor neașteptate și surprinzătoare manifestări mai ales la persoanele neadaptate, care devin tot mai evidente în diferite componente ambientale, antrenînd ulterior unele modificări în paleta patologiei organismului. De atunci se vorbește din ce în ce mai mult de poluare și de ecologie. Dar poluarea este un concept modern, numai dacă ne referim la recunoașterea obiectivă a multiplexelor sale semnificații, deoarece prezența ei are un caracter peren, fiind, de fapt, un reflect distorsionat al conexiunii universale, care definește un impact chimic eterogen în propria structură de profil a factorilor de mediu, perturbator al calităților lor sanogenetice și de autopurificare, cu multiple potențialități patologice asupra colectivităților umane. De aceea, în dialogul nostru nu ne vom referi la poluarea fizică, biologică (infestare, contaminare), vicierea aerului ori poluarea informațională, care au cu totul alte înțelesuri decît cel cvasiunanim acceptat al poluării propriu zise. Voi aminti, însă, că trebuie făcută distincția între poluare și ecologie, aceasta din urmă incluzînd în sfera sa și poluarea, fiind însă știința întregului ansamblu relațional dintre organisme și condițiile de dezvoltare și existență.

— Se pare că dimensiunea poluării ca disfuncție agresională de mare relevanță în sistemul om-ambianță a dobîndit în ultimul timp noi contururi pe măsura exploziei demografice, a urbanizării numeroaselor centre locale, a creșterii nivelului civilizației, consecință a ignorării de către om a legității obiective a concordanței „între exigențele ecologice și procesul dezvoltării forțelor de producție”.

— Într-adevăr! Omul a dobîndit astfel, pe lîngă calitatea de subiect și pe cea de obiect al dezchilibrului ambiant, extinzîndu-l din teritorii ur-

bane în rural, din apă și aer la sol și alimente, prin simplu fapt al interacțiunilor acestor factori caracteristici cadrului său de viață. Azi se pot descrie mai multe feluri de poluare, în funcție de substratul asupra căruia se acționează, a spațiilor mici (de microambianță), precum locuințele, instituțiile, întreprinderile, mijloacele de transport, sau a marilor spații urbane și rurale (macroambientale), căi rutiere, cursuri de apă, lacuri etc. și a produselor alimentare. Observăm cu ușurință că este interferat tot ceea ce reprezintă suportul material al vieții; de aici și urmările inevitabile care transformă acest fenomen într-o „urgentă biomedicală și socio-economică”. Dar este adevărat că nu pretutindeni în lume, dar pe o mare suprafață a sa, în fiecare loc în alt fel, incît putem vorbi de diferite profile de poluare, altfel spus, de variate diagnostice ale condițiilor de viață și ale stării de sănătate. Sursele acestei disfuncții ecologice sînt numeroase, larg dispersate, dar cu posibilitatea intricării mecanismelor lor de acțiune. Cele mai importante sînt întreprinderile industriale, inclusiv cele de produse alimentare, diferitele mijloace de transport (aerian, naval, maritim, fluvial, feroviar și rutier), reziduurile menajere, precum și unele tratamente folosite necorespunzător sub aspect sanogen în agrozootehnie. Trebuie să înțelegem însă că nu orice „obiectiv” care ar putea fi încadrat în una din sursele menționate devine în mod automat poluant, ci numai în condițiile nerespectării măsurilor — cunoscute în mare parte — de protecție a factorilor ambientali, urmate de deteriorări haotice, necontrolate ale acestora, uneori cu grave și imprezvizibile consecințe asupra sănătății grupurilor populaționale. Așa s-a întîmplat, cum prea bine se știe, pe Valea Meusei (Belgia) în 1930, la Donora (Pensylvania-SUA) în 1948, la Londra (Anglia) în 1952, la Seveso (Italia) în 1976 ș.a.

— Numărul factorilor de poluare (al substanțelor chimice, deci) este impresionant, iar dinamica lor înregistrează o rată de o mare intensitate. I-ați putea enumera?

— Într-o oarecare măsură, da. Totuși, trebuie reținut că unii prezintă o remanență deosebită în mediul în care pătrund (posibilitatea de a-și păstra nealterată structura de bază și caracterul de factor de risc), alții își amplifică

gradul de toxicitate sau se concentrează de-a lungul lanțurilor alimentare, dobîndind noi valențe agresionale. Menționăm doar pe cei cîteva amintiți, în general mai importanți, cum sînt: oxidul de carbon, oxizii de azot, oxizii sulfului, pulberile aflate în suspensie, hidrocarburile aromatice policiclice, substanțele oxidante de tipul peroxiacetilnitrat, plumbul, amoniacul, bioxidul de carbon care pîrînd în aer; produsele petroliere, pesticidele, mercurul, bifenilii policlorurați, nitrații care ajung în sol; insecticidele, fungicidele, biostimulatorii, manipulării, transportului, prelucrării care se regăsesc în diferite produse alimentare.

Fumul de tutun, în compoziția căruia s-au identificat cîteva sute de toxice dintre cele mai periculoase pentru organismul uman este menționat drept un poluant complex, mai ales al spațiilor de microambianță, avînd o puternică acțiune dezorganizantă a potențialului reactiv al fumătorului activ sau pasiv, crescînd de mai multe ori incidența și/ sau gravitatea tulburărilor induse de alți poluanți. Omul își poate încorpora în anumite condiții prin aerul pe care îl respiră, prin ingerare ori prin amîndouă aceste căi, manifestînd — funcție de dozele încorporate pe unitate de timp și de anumite variabile personale — fenomene de intoleranță de diferite gravități. În literatură se citează, e drept, și rare fenomene adaptative (la oxidul de carbon, fumul de tutun, benzină, hidrogen sulfurat și alți iritanți respiratori), dar acestea sînt întotdeauna temporare, incomplete și nerezolutive, inducînd, în final, dereglări importante în homeostaziile biologice. Poluanții perturbă diferențiat numeroase structuri și funcții specifice aparatelor respirator, cardiovascular și renal, sistemelor nervos (central și periferic) și neuroendocrin, ficatului, singelui ș.a.

Cercetările de specialitate menționează și alte modele de răspuns uman vizavi de poluarea cumulativă, cum sînt întîrzierea dezvoltării fizice și neuropsihice a copilului, reducerea potențialului imunologic al primei și celei de a treia vîrste, tendința mai accentuată de malignizare a unor țesuturi, chiar afectarea în grade variate a fondului genetic. Se constată, de asemenea, efecte negative ale prezenței diferitelor elemente poluante și în structura propriu-zisă a factorilor ambientali. Astfel, modificările apărute în compoziția chimică a apei se resimt sub forma reducerii producției de biomasă vegetală, a procesului de fotosinteză, a valorii nutriționale a proteinelor din carnea de pește și a creșterii riscului toxic în ansamblu. Solul, poluat direct sau prin mijlocirea celorlalți factori de mediu, privat de flora bacteriană benefică și sufocat mai ales de pesticide și îngrășăminte de sinteză, introduce unele substanțe nocive — multe dintre ele nedegradabile — în ciclurile biogeochemice și apoi în lanțurile trofice, grevind în mod semnificativ morbiditatea colectivităților umane.

Alimentele, devenite suport și transmisătoare de poluanți de origine exogenă și endo-

genă, inapte să-și mai valorifice propriile nutrimente protectoare (cum sînt unele vitamine și unii aminoacizi), își sincronizează efectele patogenetice cu cele generate de factorii de mediu amintiți, subminînd organizarea și calitatea răspunsului organismului.

Poluarea are consecințe însemnate și în plan societal, impunînd mari cheltuieli pentru detectarea și riguroasa dimensionare a nocivităților chimice în diferite componente ambientale, pentru neutralizarea lor sau pentru restringerea ariilor de răspîndire și limitarea efectelor nefavorabile, ca și pentru asigurarea asistenței medicale și sociale în toate cazurile în care disfuncțiile create în sistemul om-mediu au generat modificări patente ale stării de sănătate și capacității de muncă. În acest cadru pot fi înglobate și fondurile financiare necesare fie de găsire a unor noi tehnologii care să nu aibe caracter poluant, fie de utilizarea de metode eficiente care să permită restaurarea potențialului sanogenetic ambiental. De reținut că nu am inclus în aceste estimări valoarea pierderilor irecuperabile.

— În contextul situațional prezentat, poate fi considerată poluarea ca un fenomen inevitabil, însoțitor parazit al progresului omenirii?

— Răspunsul poate fi afirmativ numai dacă ținem seama de limitele de ordin cognitiv inerente oricărui efort uman de anticipare, pe de o parte, de dominația legii profitului în întreaga producție capitalistă, pe de altă parte. Așa se și explică de ce diversitatea și dimensiunile poluării sînt mult mai ample în țările capitaliste avansate. În țara noastră acest fenomen prezintă o structură și extindere limitate. Speranța normalizării raporturilor încă deficitare dintre om și „universul său” este cu totul îndreptățită. Statul nostru consideră că gestiunea mediului ambiant este în realitate o funcție a conducerii societății socialiste, care se îndeplinește într-un cadru legislativ și organizatoric adecvat acestei concepții opționale.

— Din recomandările secretarului general al partidului, tovarășul Nicolae Ceaușescu, din documentele de partid am reținut că „este o datorie de onoare a partidului, a întregului nostru popor să facă totul pentru asigurarea cadrului ambiant propice ocrotirii sănătății oamenilor, pentru păstrarea nealterată a frumuseților patriei, pentru a transmite generațiilor viitoare toate darurile cu care natura a hărăzit România”.

— Într-adevăr! Sînt cuvinte dragi nouă tuturor. Urmare acestor orientări au fost elaborate acte normative care promovează atît calitățile sanogenetice ale factorilor din mediul ambiental, cît și conduite responsabile, cu angajare multidisciplinară, motivate științific și de mare eficiență. A fost înființat Consiliul Național pentru Protecția Mediului Înconjurător, cu organisme de profil la nivel județean (comitete), care au ca sarcină majoră concentrarea eforturilor de evitare a oricărui discrepanță între exigențele ecologice și amploarea dezvoltării diferitelor ramuri ale economiei. Au fost stabilite metodologii diferențiate de supraveghere și control a poluării și s-a realizat o puternică bază de stații de monitorizare și laboratoare

de specialitate pe întreg teritoriul țării. Se poate afirma că, în totalitatea sa, structura economică și socială a țării noastre oferă largi posibilități pentru înlăturarea acestui fenomen cu multiple consecințe negative, favorizează biologizarea naturii și influențează pozitiv starea de sănătate a colectivității umane.

Poluarea își are geneza — așa cum am văzut — într-o dublă eroare: de gândire și de acțiune. De aceea, achizițiile științifice și tehnice includ ample disponibilități latente de cunoaștere mai profundă, estimare riguroasă, corectare adecvată și, în final, de reducere tot mai însemnată a dimensiunilor poluării. Circuitele posibile ale diferiților poluanți între toți factorii ambientali transformă poluarea într-un fenomen cu caracter global, în sensul că orice constituent cunoscut al planetei (litosfera, hidrosfera, atmosfera, biosfera) se poate afla la un moment dat pe traiectoria sa de propagare.

— Este suficient să amintim de „migrația” pesticidelor, care, folosite într-o anumită zonă, pot fi regăsite la depărtări de sute de kilometri, unde n-au fost utilizate vreodată, pentru a ne convinge de afirmația făcută înainte.

— Așa este! Iar în asemenea condiții și soluționarea trebuie să aibă același caracter nefragmentar. Aceasta presupune prelucrarea informațiilor obținute într-un continuu temporo-spațial privind nivelul, structura și dinamica poluării cu tehnici de calcul electronic și organizarea de bănci de date specifice, care să permită oricând și oriunde în lume prelucrări statistice valide și fidele, în corelație cu modelul reacțional-comportamental al grupurilor de populație expuse acțiunii unui anume factor de risc. Studii epidemiologice de factură descriptivă și investigații etiologice, care să cuprindă mari loturi de persoane și să asigure credibilitatea concluziilor, trebuie să stabilească în ce măsură încorporarea în organism a unui poluant, indiferent calea de pătrundere preferată, este factorul principal de perturbare

a stării de sănătate, care sînt prioritățile de intervenție și care este în realitate valoarea raportului „cost/ beneficium”.

Cunoașterea și detectarea precoce a efectelor poluării asupra omului, naturii și societății în ansamblul ei impun un demers motivațional complex și laborios pentru realizarea unei educații ecologice cu caracter permanent, care să completeze formația culturală a fiecăruia, indiferent de statutul socio-profesional pe care îl are. Fără îndoială ca unei asemenea motivații trebuie să-i corespundă în planul acțiunilor concrete o atitudine hotărâtă care să se exprime cu aceeași ușurință cu care se desfășoară, de pildă, toate manifestările obișnuite care formează stereotipul nostru de viață. Aceasta presupune asimilarea „comportamentului ecologic” de la vîrsta copilăriei și întărirea de viață al omului și în capacitatea lui de performare pe toate planurile. Trebuie să fim însă conștienți de faptul că modul personal de viață, conceput și practicat în interiorul unor coordonate științifice, oferă un coeficient de rezistență mai crescut al întregului organism în evoluția unui contact cu poluanți încorporați în mod sporadic sau în concentrații mici. Esențiale rămîn, deci, dorința de a realiza o deplină securitate ecologică în ambianța de viață și de muncă și efortul permanent de promovare a relațiilor armonioase de intercondiționare în cadrul sistemului om-mediu. Acestea sînt posibile pe baza perfectibilității continue în domeniul cognitiv — cu aplicabilitate direct în adoptarea de tehnologii nepoluante — și a creșterii la scară mondială a nivelului aspirației pentru valoarea fundamentală umană care este sănătatea.

Dr. George M. GHEORGHE

UN TĂMĂDUITOR ROMÂN DIN SECOLUL AL XVI-LEA

În anul 1905 scriitorul Gheorghe Sion a descoperit într-un anticariat din Roma lucrarea „Vita di Fra Geremia Valacco”, tipărită în 1670, în care se descrie viața lui Ieremia Valahul din Neapole. Aducînd-o în țară, Nicolae Iorga a citit-o și a făcut o comunicare la Academie, arătînd importanța acestei lucrări pentru trecutul relațiilor medicale româno-italiene. Cartea a fost apoi donată Bibliotecii universitare din Cluj, unde se păstrează și astăzi printre alte rarități.

Sub titlul „Un tămăduitor român în Italia”, profesorul universitar Alexandru Culcer arată într-un studiu că Ieremia Valahul n-a fost un medic propriu-zis, ci doar un simplu tămăduitor, însă natura activității sale îl face deosebit de interesant.

Adevăratul nume al acestui tămăduitor era Ion Costin și el s-a născut la 29 iunie 1556 la „Castello Saxo”, localitate pe care Nicolae Iorga o considera că ar fi fost Suceava. Era fiul lui Stoica Costîn și al Măr-

găritei Bărbat, care au avut șapte copii. În apropierea vîrstei majoratului, Ion Costin s-a dus la Alba Iulia, unde a lucrat ca muncitor la reconstruirea zidurilor cetății. Aici el a cunoscut pe doctorul Giacomo Buccella din Bari (Italia) care l-a angajat în serviciul său. Respectivul medic, după ce și-a terminat treburile pentru care venise, s-a reîntors în Italia luîndu-l și pe Ion Costin cu el. Tinărul român s-a angajat la un farmacist din Bari, unde a învățat arta tămăduirii bolnavilor. După cîțiva ani a plecat la Neapole, unde s-a călugărit și a intrat în ordinul franciscanilor. Datorită învățăturilor primite de la doctorul Buccella, de la farmacistul din Bari și de la alți vestiți medici din acele vremuri, el și-a cîștigat faima de vindecător „sub numele nou adoptat de Ieremia”. În mănăstire el făcea serviciul de medic și farmacist și devenise cunoscut nu numai la Neapole, dar și în alte localități, aceasta mai ales pentru că nu primea nici un ban de la cei săraci.

A murit la 5 martie 1625 și a fost înmormîntat în incinta mănăstirii. În acel lăcaș se păstrează un portret al lui, care înfățișează un bărbat în vîrstă, cu barbă și păr lung, în costum de capucin.

PROGRESSELE CHIRURGIEI CARDIOVASCULARE

Interviu cu col. dr.
Vasile CÎNDEA, șeful
Secției de chirurgie
cardiovasculară a Spi-
talului Militar Central.



Chirurgia cardiovasculară, specialitate de vîrf a chirurgiei actuale, îmbină spectaculosul cu cotidianul, fascinează prin realizările ei, reușește asocierea, uneori incredibilă, a măiestriei operatorii cu tehnici moderne și descoperiri ale științei care păreau altă dată cu totul exterioare și inaplicabile ființei umane. Realizările și progresele ei, datorate de mari speranțe pentru tratarea unor maladii grave ale acestui sfîrșit de mileniu, reprezintă un important suport al încrederii noastre în posibilitățile chirurgiei viitorului, fiind, de aceea, urmărite cu viu interes și în afara lumii medicale.

Pentru a răspunde acestui interes, precum și nevoii de informare a unui public larg, ne-am adresat colonelului **Vasile Cîndea**, medic primar, doctor în medicină, șeful Secției de chirurgie cardio-vasculară a Spitalului Militar Central din București.

— **Tovarășe doctor Cîndea, care sint principalele achiziții științifice și tehnice ce au condus în ultimii ani la dezvoltarea chirurgiei cardiovasculare?**

— Deși relativ tînără, chirurgia cardiovasculară reprezintă în zilele noastre o disciplină chirurgicală care a intrat în practica cotidiană, folosind principiile fundamentale ale unei bune chirurgii: expunerea directă a leziunilor, urmată de corecția lor metodică sub controlul vederii. Beneficiind de explozia tehnico-științifică în toate domeniile (medicină, fizică, chimie, electronică, informatică etc.), chirurgia cardiovasculară se află în plină evoluție, cu imense și nebănuite posibilități de rezolvare a bolilor cardiovasculare. Ca specialitate de vîrf, impune o dotare tehnico-materială complexă și costisitoare (cord-pulmon artificial, seturi de circulație extracorporală, oxigenatoare, aparatură pentru investigații clinice și de laborator, monitoare de supraveghere etc.), un personal numeros și specializat (cardiochirurgi, cardiologi, exploraționiști, hemodinamiști, anesteziști, medici de laborator, tehnicieni pentru circulație extracorporală, electro-niști etc.), precum și necesitatea unor numeroase conexiuni cu alte discipline medicale la care face apel (cardiologie, hematologie, nefrologie, pneumologie, pediatrie, patologie infecțioasă, neuropsihiatrie etc.). În cei peste 30 de ani de la introducerea în practica curentă a circulației extracorporale (C.E.C.), chirurgia cardiacă a beneficiat din plin de perfecționă-

rile aduse în acest domeniu. Astfel, miniaturizarea „pompeilor” (mașini cord-pulmon artificial), avantajele pompelor cu debit pulsatil asupra perfuziei tisulare în general și asupra celei hepato-renale în special, controlul computerizat al C.E.C. (dinamica ionogramei, a coagulării, a gazelor sanguine și reglarea fluxului venoarterial, care permite păstrarea constantă a volumului sanguin în pacient), au permis creșterea securității bolnavului și au creat cardiochirurgului noi facilități în timpul actului operator. Tot în acest domeniu au apărut oxigenatoare reutilizabile, prin resterilizare după întrebuințare, cu consecințe economice notabile. În fine, s-au dezvoltat noi metodologii vizînd producerea materialelor protetice cu suprafețele netrombogene prin acoperirea cu polimeri, care diminuează administrarea de anti-coagulante și antiagregante plachetare.

Dintre domeniile patologiei cardiovasculare, s-au obținut progrese remarcabile în: intervențiile pe arterele coronare; actul chirurgical în infarctul acut de miocard; chirurgia valvulară; tratamentul chirurgical al cardiopatiilor congenitale; transplantul cardiac și inima artificială.

Este necesar să menționăm succesele cardiologiei și chirurgiei cardiace românești, care se bucură astăzi de un bine meritat renume, școala românească de chirurgie, al cărui produmă consider cu mîndrie, avînd frumoase tradiții. Încă din anii '60 la noi în țară s-a trecut la chirurgia pe cord deschis, astăzi avînd trei centre care practică această specialitate: Spitalul „Fundeni” (I. Pop D. Popa), Spitalul din Tîrgu Mureș (Radu Deac) și Spitalul Militar Central. În aceste centre se rezolvă întreaga patologie cardio-vasculară chirurgicală, cu excepția transplantului de cord. Acest lucru reprezintă pentru noi toți un motiv de mîndrie, pentru că nu orice țară își poate permite să facă chirurgie cardiovasculară, acest gen de chirurgie presupunînd, pe lîngă o pregătire deosebită a corpului medical, și o dotare tehnico-materială adecvată.

— **Chirurgia valvulară are o vechime de cîteva decenii și o evoluție rapidă, cu efecte deosebite în scăderea mortalității operatorii și a creșterii duratei de viață în maladii ale inimii considerate altădată ca incurabile. Există metode noi, specifice pentru tratamentul chirurgical al valvulopatiilor?**

— Într-adevăr, chirurgia valvulară se practică de câteva decenii. Dacă în 1948 Bailey inventează comisurotomia și pune capăt perioadei prechirurgicale a valvulopatiilor, introducerea C.E.C. în 1953—1954 și implantarea cu succes în 1961 a primei proteze valvulare cardiace (A. Starr — S.U.A.) crează posibilitatea abordului chirurgical al tuturor orificiilor cardiace, precum și corecția tuturor disfuncțiilor valvulare, de la cele conservatoare la cele de înlocuire. În acest fel, chirurgia valvulară a devenit o chirurgie de rutină. Mortalitatea operatorie a scăzut în mod spectaculos, fiind acum sub 1 la sută în comisurotomie, sub 6 la sută în înlocuirile monovalvulare și în jur de 10—12 la sută sau chiar mai puțin la bivalvulari și tri-valvulari. În această scurtă perioadă s-au cristalizat și codificat indicațiile și contraindicațiile chirurgicale în valvulopatii, în funcție de stadiul insuficienței cardiace (noi folosim clasificarea NYHA — New York Heart Association); cu răsunetul ei în funcția hepato-renală și mai ales respiratorie (hipertensiune arterială pulmonară majoră). De un real folos în aceste aprecieri este cateterismul cardiac și cineangiocardiografia, cu determinări de presiuni și oximetrie, precum și investigațiile nesingerinde (ecocardiografia mono și biplan, investigațiile cu radioizotopi) și, bineînțeles, examenele radiologice standardizate, electrocardiograma, fonocardiograma ș.a. În optica actuale, valvulopatiile cu insuficiență cardiacă stadiul I—II NYHA beneficiază de tratament medical, cu unele excepții, și într-un context clinic particular. Cele cu insuficiență cardiacă stadiul III—IV sînt chirurgicale, cu o bună și atentă pregătire cardiologică preoperatorie.

— Avînd în vedere datele complexe cerute de pregătirea cardiologică preoperatorie, precum și riscurile evoluției postoperatorii, cum trebuie privită colaborarea interdisciplinară în stabilirea necesității și a momentului intervenției chirurgicale?

— În contextul evolutiv, diferențiat de la pacient la pacient, al valvulopatiilor, colaborarea interdisciplinară, în special cea cardiolog-chirurg, are o importanță cu totul deosebită, deoarece trebuie stabilite de comun acord limitele indicațiilor terapeutice, punînd în balanță evoluția naturală a bolii și riscul indus de proteza valvulară cardiacă; apare, deci, necesitatea de a stabili „momentul optim chirurgical”, mai ales că protezarea valvulară nu este o intervenție chirurgicală radicală, ci una paleativă. Ea nu este lipsită de unele riscuri, iar post-operator poate plasa pacientul spre o nouă patologie, aceea a „purătorilor de valve artificiale” (trombo-embolismul, hemoliza, endocardita de proteză, disfuncții de proteză, calcificări de proteză). Protezările valvulare se fac în scopul înlocuirii aparatelor valvulare (mitrale, aortice sau tricuspidiene) compromise, cu o proteză artificială capabilă să asigure, pe cît posibil, o funcție normală valvulară. Intenția și tendința cercetărilor este de a crea o proteză valvulară ideală, cît mai aproape de cea naturală, astfel încît să ofere performanțe hemo-dinamice optime, să fie fiabilă, durabilă, puțin sau deloc trombogenă

și, nu în ultimul rînd, ieftină, cît mai accesibilă. Așa se explică faptul că au apărut o multitudine de proteze valvulare mecanice sau biologice, unele dintre ele ajungînd la a III-a generație de perfecționare (Starr, Björk, Carpenter, Ionescu etc.).

Trebuie semnalat faptul că, pe fondul dezvoltării chirurgiei cardiovasculare, au apărut și la noi în țară, cu mai mulți ani în urmă, preocupări meritorii pentru crearea unor înlocuitori de valve. Astfel, au fost create valva MIVA — I. Pop D. Popa și valva biotisulară „Mureș” Radu Deac.

— Putem considera, deci, că cerința creării „protezei valvulare ideale” a mărit impactul dintre actul chirurgical și tehnologiile de fabricație a protezelor, solicitînd chirurgului cunoștințe noi și punîndu-l în situația de a avea un cuvînt de spus în disputele dintre cercetători, dispute exterioare actului chirurgical propriu-zis?

— Într-adevăr, chirurgul trebuie să cunoască și să urmărească atent întreaga evoluție a tehnicilor de producere a valvelor, să fie mereu la curent cu evoluția lor. Putem spune că tehnologiile de fabricație s-au perfecționat continuu, sub presiunea unui control de calitate extrem de minuțios și exigent. De exemplu, la protezele valvulare mecanice Björk-Shiley, din 100 de discuri de pirolit de carbon 60 sînt respinse la controlul de calitate; elementele principale ale valvei sînt controlate de 3 ori, de echipe specializate, diferite, independente una de alta. Periodic se fac determinări privind criteriile de neutralitate biologică. De asemenea, obligatoriu se fac testări de durabilitate. Dacă apar modificări la testări de 400 de milioane cicli, corespunzător la 10 ani de funcționalitate, cu o sarcină de 5 kg pentru calea de ieșire și 4 kg pentru calea de intrare, șarja se respinge. Controlul final îl face chirurgul înainte de a implanta proteza valvulară intracardiac; el are în mină o structură deosebit de delicată și manipularea ei se face cu o atenție și o grijă deosebite. Pentru confecționarea scheletului, a bilelor sau discurilor protetice, apar aliaje din ce în ce mai bune și mai rezistente la acțiunea de coroziune în contact cu singele organismului uman. Se acordă o atenție cu totul deosebită elasticității și geometriei scheletului protetic, biocompatibilității țesutului textil care intră în contact direct cu elementul cardiac de care este suturat, precum și orificiului de deschidere al protezei. Astfel, la protezele valvulare cardiace cu disc pivotant (Björk, Sorin, Omnicarbon, Lillehei-Kaster etc.) preocuparea este să se realizeze deschiderea discului cît mai mare: 70 la sută la proteza Björk monopivot și 80 la sută la proteza Lillehei-Kaster).

Aceleași preocupări în ceea ce privește mărimea și uniformitatea deschiderii orificiului se întîlesc și în confecționarea biovalvelor. Calitatea și durabilitatea materialului biologic folosit (valvă aortică porcînă, pericard bovin, duramater etc.) dau încă naștere la dispute între cercetători. Rezultatele statistice pe loturi mari de bolnavi, care depășesc 15 ani pentru

valvele mecanice și 10 ani pentru cele biologice (urmărire clinică, radiologică, ecografică, scintigrafică, testările in vitro la puls duplicator, anemometrie laser-doppler ș.a.) pledează pentru o durabilitate mai mare a protezelor valvulare cardiace mecanice (Star, Byörk, Sorin, St. Jude), care duc la ameliorarea performanței cardiace și nu crează obstrucții în dinamica ventriculară. Dintre biovalve, xenogrelele cu pericard bovin se impun printr-o mai bună performanță hemodinamică, o antitrombogenitate și durabilitate mai mari. Biovalvele din cuspe de cangur sau porc mistreț, în opinia autorilor, au un plus de durabilitate, dat fiind originea „sălbatică” și nu „domestică” a materialului biologic, cu o structură anatomică fibroelastică mai bună.

Diversificări există și în ceea ce privește modul de implantare a protezelor valvulare cardiace mecanice sau biologice; ele pot fi plasate în poziție supra, intra sau subanulară, în funcție de condițiile anatomice intracardiac. Aceleași condiții dictează folosirea profilului înalt sau mai mic la bioproteze, pentru a se preveni eventualele rupturi ventriculare imediat postoperator.

În prezent sînt încă discuții dacă se pot implanta numai proteze mecanice sau numai biologice. Și unele și altele prezintă avantaje și dezavantaje, indicații și contraindicații cunoscut, așa că, în opinia noastră, un chirurg cardiac trebuie să dispună de o gamă cît mai variată de proteze valvulare mecanice și biologice, iar alegerea tipului de proteză să se facă în funcție de vîrsta, starea anatomică locală, dimensiunile atrioventriculare, starea funcțională a V.S. (ventriculului stîng) și nu în ultimul rînd de condiția socio-economică, gradul de cultură generală a pacientului și nivelul de asistență medicală în teritoriu (mai ales pentru pacienții care trebuie să facă tratament anticoagulant permanent și sînt izolați la distanțe mari de punctul medical și de laborator).

— **Ați enumerat la începutul discuției noastre o serie de domenii ale patologiei cardiovascularare în care s-au realizat mari progrese. Indiscutabil, transplantul cardiac și inima artificială au suscitât de la început un viu interes, continuînd să preocupe opinia publică medicală și nemedicală. Care sînt principalele probleme și dificultăți ale realizării și folosirii cu succes a acestor metode în chirurgia cardiovasculară?**

— Primul transplant de cord uman s-a realizat la 2 decembrie 1967 de către frații Barnard. Ideea transplantului cardiac este însă mai veche, ea fiind realizată în 1905 de către Alexis Carrel la gîtul unui ciine. Urmează Mann (1933), Demikov 1946, Marcus și Downie (1953). Alți cercetători au pus la punct primele tehnici ale tratamentului imunosupresiv. După 1960 apar cercetările experimentale ale lui Shumway și Lowe, urmate de Kondo, Kantrowitz, Demikov, Dubost, Cachera ș.a. În țara noastră primii care abordează domeniul sînt Voinea Marinescu și Ioan Pop D. Popa.

Transplantul cardiac ridică trei mari probleme: tehnica chirurgicală de fixare a transplantului pe cord receptor, problema conser-

vării transplantului de la recoltare pînă la reimplantare, precum și problema imunologică, ce cuprinde două aspecte: cunoașterea factorilor de histocompatibilitate și diversificarea și codificarea terapiei imunosupresive.

Înainte de selectarea bolnavilor pentru transplant, chirurgul trebuie să-și răspundă la o serie de întrebări, de felul următor: Este bolnavul destul de suferind ca un transplant să fie justificat? Suferința cardiacă existentă nu se poate rezolva printr-un alt procedeu chirurgical sau printr-un tratament medical intensiv? Boala nu este cumva atît de avansată încît să compromită șansele de succes ale transplantului? Reiese că indicația de transplant cardiac se pune la un bolnav cu o suferință cardiacă ce-i amenință viața într-un timp scurt (miocardită ischemică difuză postraumatică, cardiopatie primitivă și malformații congenitale severe de corecție directă imposibilă, însoțite de o insuficiență cardiacă ireductibilă). Alte aspecte de indicație pentru transplant se referă la un teren psihologic favorabil și un status extracardiac satisfăcător al receptorului. Din aceste indicații rezultă și contraindicațiile transplantului cardiac: hipertensiunea pulmonară majoră face imposibilă adaptarea cordului transplantat pentru o funcție adecvată; receptorul să fie sub 50 de ani, fără leziuni viscerele majore (malformații grave, ateroscleroză extracardiacă, hipertensiune arterială, afecțiuni pulmonare cronice, disfuncții severe hepato-renale, diabet sever); insuficiența cardiacă cronică sub 5 ani de evoluție; cașexia cardiacă.

Referitor la factorii pentru transplant, problemele care se ridică sînt: confirmarea morții; compatibilitatea între donator și receptor (imunologică și de volum); donatorul să fie tînăr, indemn de vreo boală cardiovasculară, infecțioasă, metabolică sau de sistem.

În afara problemelor ridicate de donator și receptor, transplantul cardiac ridică și probleme morale și juridice, care trebuie reglementate de legislația fiecărei țări. În ceea ce privește rezultatele, putem remarca faptul că dacă în primii ani ai transplantărilor cardiace umane mortalitatea prin fenomenul de rejet era foarte ridicată, în prezent, datorită codificării tratamentului imunosupresiv, a diversificării lui cu noi produse mai eficiente (ciclosporinele, serul antilimfocitar, steroizii etc.) se constată o creștere impresionantă a numărului de transplantări cardiace cu supraviețuire de lungă durată, care justifică acest gen de tratament al unor boli cardiovasculare.

— **Date fiind dificultățile și problemele, atît medicale cît și nemedicale (morale, juridice, economice) pe care le ridică transplantul de cord uman, considerați folosirea inimii artificiale ca necesară și încurajatoare pentru viitorul chirurgiei cardio-vasculare?**

— Ne aflăm aici la început de drum. La 2 decembrie 1982, în Salt Lake City, Utah — S.U.A., dr. William C. De Vries implantează prima inimă artificială totală unui pacient de 62 de ani, în stadiul terminal al unei cardiomiopatii.

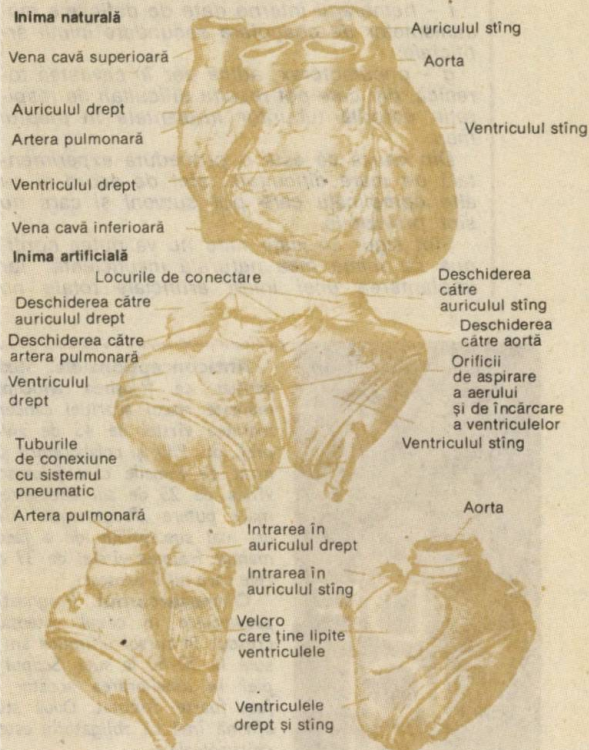
Conceptul de înlocuire a cordului uman cu unul artificial nu este nou. Încă din 1812, Julien Jean Césair la Gallois emite ideea de substituie a circulației. În 1880, Henry Martin pune bazele fiziologice ale inimii pe un preparat izolat cord-pulmon perfuzat experimental. În 1928, H.H. Dale și E.H.J. Schuster concep prima diagramă a unei pompe care urma să înlocuiască funcția cordului stîng și drept la animal. În 1934, De Bakuy face schema unei pompe cu role, principiu utilizat pentru realizarea inimii-pulmon artificial. În 1935, Alexis Carrel demonstrează posibilitatea unei circulații extracorporale. În 1937, John Gibbon începe studiul mașinii cord-pulmon artificial, pe care o introduce în practica clinică în 1953, revoluționînd dezvoltarea chirurgiei cardiace. La Cleveland, în 1957, Akutsu Tetsuzo și Willem Kolff avansează ideea inimii artificiale implantabile într-un organism. De aici și pînă în zilele noastre preocuparea pentru realizarea unei inimi artificiale a proliferat în țări ca: S.U.A., Japonia, Franța, R.F. Germania, Cehoslovacia ș.a. S-au întocmit programe de cercetări și s-au investit fondurile necesare pentru realizarea lor practică. Rezultatele s-au concretizat prin realizarea unor inimi artificiale din ce în ce mai perfecționate, care s-au implantat la diferite animale (oaie, capră, ciine, vitel), realizînd supraviețuiri de la cîteva ore la peste 300 de zile în prezent. S-au fabricat diferite modele, dintre care cele concepute de Domingo-Liotta și Robert Jarvik au fost implantate la om (prima de către Denton Cooley la un bolnav care era în așteptarea unui transplant, iar a doua, model Jarvik-7, de către De Vries). Cunoșcînd că în S.U.A. inima este responsabilă de 1 milion decese anual, că circa 8—10 000 de pacienți sînt candidați anual la transplantul cardiac, că peste 2 000 de pacienți pe an operați pe cord nu pot fi desprinși de circulația extracorporală și au nevoie de o inimă artificială, înțelegem de ce continuarea cercetărilor și perfecționarea continuă a inimii artificiale își găsește pe deplin rațiunea și justificarea.

Aș încheia aceste scurte considerațiuni și această trecere în revistă a problemelor multiple referitoare la transplantul cardiac cu declarația dată la 30 noiembrie 1982 de Barney Clark, primul om căruia i s-a implantat o inimă artificială. Consider că această emoționantă declarație vorbește ea singură despre curaj și dificultăți, despre angajare fermă în lupta pentru viață, atît a medicului cît și a pacientului:

DECLARAȚIE 30 noiembrie 1982. Sînt complet de acord și autorizez pe medicul meu cu implantarea experimentală a unui sistem de inimă artificială. Recunosc că ventriculii (de două ori mai mari decît ai unei inimi normale cu 4 camere) vor fi extrași și că un sistem de inimă mecanică va fi plasat în pieptul meu în spațiul ocupat inițial de inima mea naturală și că acest sistem mecanic îmi va fi racordat la un mecanism pneumatic prin 2 tuburi de plastic lungi de 8 picioare, care va asigura circulația singelui în corpul meu.

INIMA UMANĂ — INIMA ARTIFICIALĂ

„JARVIK—7”



Sînt, de asemenea, de acord că stilul meu de viață va fi diferit cu o inimă artificială. Activitatea mea va fi sever limitată din cauza liniilor de aer, dar acestea îmi vor permite mișcarea de la o cameră la alta și pentru scurte perioade voi putea să le părăsesc pentru a merge în mașină, aceasta dacă voi fi capabil să-mi transport propriul sistem extern de activare a inimii artificiale. De asemenea, înțeleg că o parte din funcțiile mele vitale se vor desfășura în condițiuni normale: mîncatul, cititul, scrisul...

Am fost, de asemenea, informat de riscurile substanțiale ale chirurgiei cardiovasculare, ale anesteziei generale, ca și a altor posibilități ce se pot ivi în timpul actului operator ca rezultat al implantării inimii artificiale, care pot provoca o serie de complicații, ca moartea sau altele:

a - embolii care pot provoca accidente vasculare cerebrale, afectare renală, hepatică, pulmonară, intestinală sau leziuni parțiale ale altor organe;

b - malfuncția sau insuficiența mecanică a inimii artificiale;

c - infecția din sîngele meu sau cea din liniile de legătură sau din însăși inima artificială;

d - hemoragia rezultată din acțiunea inimii artificiale sau alte cauze;

e - leziuni în globulele roșii (care transportă oxigen), trombocite sau leucocite;

f - hemoragii interne date de deficiențele mecanismelor de coagulare secundare inimii artificiale;

g - pneumotorax, adică aer în cavitatea toracică, din care pot rezulta dificultăți de respirație datorită tuburilor implantate în pieptul meu.

Din cauză că este o procedură experimentală de mare dificultate, sînt de acord și cu alte complicații care pot surveni și care nu sînt previzibile.

Sînt sigur că viața mea nu va putea continua cu inima mea naturală insuficientă, iar implantarea unei inimii artificiale totale nu

este o garanție a prelungirii vieții mele, de fapt ea poate să-mi scurteze viața.

— **Declarația este, într-adevăr, impresionantă.** Este încă o confirmare, dacă mai era nevoie, a faptului că pacientul trebuie să participe conștient și activ la actul medical, chiar în momentele cele mai grele ale acestuia. El trebuie să exploreze, ca și medicul, adîncurile ființei sale pentru a găsi resurse de curaj și capacități noi de adaptare pentru a supraviețui în condițiile noi, create de implantarea inimii artificiale.

Vă sîntem recunoscători pentru această lume a speranței și a luptei pentru viață pe care ne-ați dezvăluit-o.

Constantin POPOVICI

Anticoncepționalele. Studiile au evidențiat că folosirea anticoncepționalelor mărește riscul apariției cancerului de sîn înaintea vîrstei de 45 de ani. În S.U.A., prof. dr. Pike și colaboratorii săi au comunicat că femeile care folosesc înainte de vîrsta de 25 de ani anticoncepționalul de mare putere „Progestogen” sînt de patru ori mai susceptibile de a face un cancer mamar înaintea vîrstei de 37 de ani, decît cele care nu îl folosesc.

Osteosarcomul. Prognosticul de supraviețuire în cazul osteosarcomului a crescut în cursul ultimilor ani de la 20 la sută la 50-80 la sută. Scopul chimioterapiei în ameliorarea acestor rezultate a fost foarte discutat. Două studii recente afirmă însă că obligatorie este intervenția chirurgicală.

Obezitatea, ereditatea și mediul înconjurător. Se știe că obezitatea se transmite de la părinți la copii. Semnificația acestui fenomen a fost multă vreme subiect de dezbateri. Problema este de a determina importanța influențelor genetice și ale mediului înconjurător în dezvoltarea obezității. Studiile asupra geminilor au pus în evidență o puternică componentă genetică a obezității, însă anchetele asupra subiecților obezi au sugerat că mediul înconjurător contribuie, de asemenea, la instalarea obezității. Observațiile făcute au arătat o relație netă între indicele de masă corporală al copiilor și al părinților lor, dar și că mediul înconjurător are o influență asupra dezvoltării obezității. Rămîne de arătat, într-o manieră convingătoare, că persoanele preobeze sînt în măsură de a se desprinde de obișnuința alimentară și că exercițiile fizice sînt capabile să reducă masa adiposă indezirabilă.

Cafeaua și miocardul. Conform studiilor efectuate timp de mai mulți ani la John Hopkins University, riscul de a face un infarct este de trei ori mai mare la

persoanele care consumă mai mult de cinci cești de cafea pe zi. Însă cum fumatul este adeseori asociat consumului de cafea, aprecierea riscului cafelei rămîne dificilă.

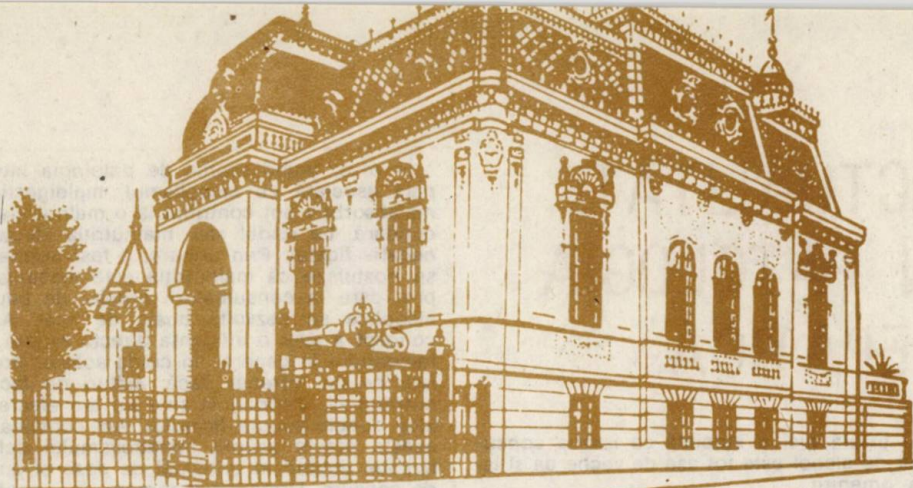
Diagnosticul și tratamentul alergiilor la veninul de albină. Reacțiile anafilactice severe datorate înțepăturilor de albine pot fi eficient prevenite printr-un tratament de desensibilizare cu veninul insectei. Diagnosticul alergiei la venin este bazat pe asocierea unei reacții sistemice cu testele cutanate pozitive pentru aceste înveninări. Desensibilizarea este aplicată cu reținere pacienților care au prezentat o reacție anafilactică sistemică gravă. Un studiu recent sugerează că un tratament de 5 ani poate asigura o protecție de lungă durată.

Somnul și succesele școlare. S-a demonstrat amplu că succesele sau eșecurile școlare sînt condiționate de durata somnului copiilor. Astfel, s-a constatat că dacă durata somnului este mărită cu 2 ore pe zi, rezultatele școlare sînt mai bune.

Consecințele abuzului de fenacetină. O asociere între abuzul de analgezice și tumorile vezicii urinare a fost semnalată recent. De altfel, fenacetina - substanță cu efecte analgezice - a fost progresiv retrasă de pe piața americană, fiind asociată cu o formă de nefropatie cronică interstițială, cunoscută sub numele de „nefropatia analgezicelor”. De prin anii 1960 au început să apară diferite rapoarte care au sugerat o asociere între carcinomul renal ureteral și abuzul de analgezice.

Mai mult de 1 000 grefe ale ficatului. În ultimii 20 de ani se apreciază că s-au realizat mai mult de 1 000 grefe ale ficatului cu un procent de peste 50 la sută de supraviețuitori.

DE
ICI
ȘI
DE
CO-
LO
H



UN MUZEU-AMFITEATRU

Pe o veche arteră a Craiovei, Calea Unirii, la numerele 104—108, în apropierea fostului local al Facultății de medicină, întâlnești un amfiteatru universitar mai puțin obișnuit: **Muzeul de istoria medicinei și farmaciei „Dr. Victor Gomoiu”**.

Cursurile și seminariile beneficiază aici de o ambianță aparte, purtând patina timpului, a sutelor și miilor de ani de slujire a sănătății oamenilor.

Cu puterea proprie mărturiilor concrete de a evoca atmosfera de epocă, exponatele muzeului te poartă prin epoci revoluate, amintind de zorii omenirii, de medicina empirică ce se practica pe atunci: cuțit de silex pentru mici intervenții chirurgicale din comuna primitivă europeană, alături de copii ale instrumentelor chirurgicale din Orientul antic, documente despre acupunctura chineză și rețete medicale din Codul lui Hammurabi, sau raritatea bibliofilă „Magni medicorum omnium facile”, publicată la Frankfurt în 1595. Urmează scriitori sau fragmente din operele lui Dioscoride, cel care a descris plantele folosite de daci în tratarea bolilor, texte ale lui Galenus și ale lui Avicena.

Un sector aparte, cuprinzând exponate de medicină magică, donații ale studenților medicaliști craioveni proveniți din țări ale Asiei, Africii și Americii Latine, oferă comparații interesante cu medicina rustică românească.

Sălile muzeului, bogat ilustrate, te poartă prin diferite epoci și zone ale civilizației umane, depunând mărturie despre gradul de dezvoltare a profesiei medicale, oferind puncte de referință pentru ziua de azi, dezlegând taine ale acestui meșteșug de aceeași vîrstă cu omul însuși.

Un interes aparte pentru vizitatori îl reprezintă un exemplar inedit: statura înaltă, de 2,42 metri, a lui Gogu Ștefănescu din comuna Mirșani, județul Dolj (alias Gogea Mitu), drapată pe scheletul „Urișului” anilor '30 ai secolului nostru.

În sectorul rezervat epocii contemporane, exponatele devin mai numeroase, mai apropiate de cunoașterea noastră: secvențe din viața centrelor universitare medicale românești, date ale cercetării și practicii medicale

actuale. Nu putea face excepție coabitarea medicinei cu arta, exemplificată prin donațiile de opere de artă plastică ale unui mare număr de medici din Oltenia și din întreaga țară, începînd cu cel care a dat numele muzeului, doctorul Victor Gomoiu.

Alături de mărturiile din istoria medicinei, cele ținînd de istoria farmaciei, devenite piese de muzeu sub presiunea progresului tehnic al timpurilor moderne, readuc sub ochii noștri atmosfera de lucru din laboratoarele medicale ale breslei. Pasionații bibliofilii mai pot în- tîlni aici toate edițiile Farmacopeei Române, și traducerea din limba franceză, aparținînd doctorului Carol Davila.

Ultima sală a muzeului, dedicată istoricului toxicologiei, împlineste un rol în egală măsură instructiv și educativ, pledînd împotriva abuzului de alcool, tutun și cafea, cu „probe” anatomice dintre cele mai convingătoare, conservate și expuse în vase speciale: plămîn de tabagie, ficat de cirotic, creier de alcoolic. Pe pereți, deasupra sutelor de exemplare de ambalaje pentru tutun și alcool, de pe toate continentele, se află citate din operele unor mari gînditori ai umanității care îndeamnă, peste timp, la o viață rațională, trăită cu înțelepciune.

Prin strădaniile inimosului animator al muzeului, conf.dr. Mihai Scheau, s-a dezvoltat în anii din urmă și o secție în aer liber: grădina de plante medicinale. Din nou, parcurgem epoci istorice și itinerarii geografice. De data asta, „ghizi” ne sînt plantele medicinale folosite la vindecarea bolilor: parcele distincte înfățișează sectoarele antic, medieval-renastere și modern-contemporan.

Pentru a veni în întîmpinarea publicului cu binefacerile medicinei naturiste și homeopate, secția fitoapiterapeutică, înființată în 1985, oferă solicitanților, după un consult prealabil, formula terapeutică adecvată afecțiunilor respective.

O instituție muzeală complexă, cu multiple funcții didactico-instructive și terapeutice care, în completarea disciplinelor moderne, vine să împlinească sugestiv formația medicilor de la finele secolului XX.

Remus ANGHEL

ACTUALITĂȚI ÎN PATOLOGIA HEPATICĂ

Nu există nici o îndoială că istoria consumului de alcool este tot așa de veche ca și istoria omenirii.

Oferit în mod natural de însuși mediul ambiant, prin fermentația fructelor sau a plantelor, obținut după aceea prin distilare — tehnologie care-i crește tăria și gradul de toxicitate — iar apoi trecându-se la producerea lui pe scară industrială, alcoolul devine în zilele noastre un produs care, datorată consumului abuziv, tinde să joace un rol de adevărat flagel.

Studiile OMS atestă în întreaga lume o creștere cu adevărat dramatică a consumului de alcool, care — alături de tutun — constituie inamicul numărul unu al lumii actuale.

Alcoolismul a devenit una dintre problemele cele mai importante, cu implicații care depășesc aspectele medicale, vizând în mod pregnant viața socială a colectivităților.

Indiferent de justificarea folosirii alcoolului, se fac în prezent încercări de definire a nivelului certe de ingerare și a efectelor sale asupra ficatului. Observațiile noastre din ultimii 10 ani scot în evidență faptul că vătămarea creierului poate să preceadă boala de ficat alcoolică. Deși cercetările noastre privind mecanismele diferitelor forme ale lezării creierului sînt destul de limitate, există totuși o relație bine stabilită între deficiența de vitamine și funcția modificată a creierului la alcoolici.

Alcoolul ingerat este rapid absorbit de stomac și porțiunea superioară a intestinului subțire, ajungînd în cantitate apreciabilă la nivelul sistemului nervos central.

Din cercetările noastre reiese că efectele etanolului nu sînt asemănătoare la toți indivizii, unora producîndu-le creșterea energiei iar altora somnolență.

Pînă acum 20 de ani se credea că suferința hepatică a alcoolului se datorează exclusiv malnutriției și nu efectelor toxice directe ale alcoolului; în mod caracteristic nu se numea „ciroză alcoolică” ci „ciroză nutrițională grasă”. La început acest concept al unei origini nutriționale exclusive a apărut atrăgător, deoarece alcoolicii suferă, fără îndoială, de malnutriție din nenumărate motive. Mai întîi, alcoolul reprezintă o încărcătură calorică mare, dar acestea sînt așa-numite calorii „goale”, deoarece băuturile alcoolice sînt de obicei lipsite de minerale, vitamine și proteine. Întrucît realizează cerințele calorice ale alcoolului, alcoolul diminuează asimilarea altor substanțe nutritive și, prin urmare, alcoolicii suferă în mod obișnuit de malnutriție primară.

În plus, ținînd seama de patologia intestinală asociată cu alcoolismul, maldigestia și malabsorbția pot contribui la o malnutriție secundară. La rîndul său, malnutriția afectează negativ ficatul. Prin urmare, a fost normal să se postuleze că malnutriția este mecanismul prin care la consumatorii cronici de băuturi alcoolice se dezvoltă boala de ficat. Acest concept a avut o influență directă asupra tratamentului în general. În ciuda acestor postulate ne-am întrebat dacă, alături de factorii nutriționali, alcoolul în sine nu are efecte toxice directe asupra ficatului. Am constatat că aceste efecte asupra metabolismului celular hepatic depind în principal de doza și durata de consum. Urmărim ingerarea unor cantități substanțiale de etanol, se constată că prezența sa alterează un număr de funcții hepatice fie datorită unei modificări în starea oxidoreducerii hepatice modificînd raportul NAD⁺/NADH, fie datorită alcoolului care, prezent în concentrații ridicate va inhiba numeroase funcții microsomale care implică îndeosebi metabolismul medicamentelor.

Cercetările noastre au plecat de la faptul că alcoolismul reprezintă în prezent o problemă de sănătate publică, cu importante implicații sociale. Astfel, OMS a lansat recent un avertisment împotriva creșterii îngrijorătoare a consumului de băuturi alcoolice în lume. Din unele studii reiese că în Anglia, de exemplu, internările în spitale, ca urmare a alcoolismului, sînt de 25 de ori mai numeroase decît cu 25 de ani în urmă; în S.U.A., cheltuielile pentru tratamentul psihiatric al alcoolicilor se ridică la circa 43 milioane de dolari pe an; în Honduras, consumul de băuturi alcoolice afectează 60% din populația rurală, care cheltuiește pînă la 1/3 din venituri; în Kuwait, numărul accidentelor rutiere produse sub influența alcoolului, s-au triplat în perioada 1965—1975; în Chile, circa 30% din fondurile serviciilor medicale sînt afectate tratării alcoolicilor; o statistică recentă arată că în S.U.A. numărul bolnavilor alcoolici depășește 10 milioane, iar în mediul urban ciroza ficatului este a treia cauză importantă de deces la persoanele între 25 și 65 ani.

O altă problemă deosebit de importantă o constituie lupta împotriva alcoolismului la tineri și a consecințelor lui: creșterea criminalității, a numărului accidentelor de circulație (în 60% dintre ele fiind incriminat alcoolul), scăderea productivității și calității muncii, slăbirea rezistenței la infecții și frecvența deosebită a maladiilor cardiace, a cancerului de laringe, esofag, hepatic etc.

Considerînd că modul în care se consumă alcoolul are un rol important în studiul alcoolismului, că unele aspecte ale problemei pot fi totuși examinate în condiții de laborator, în ultimul timp cercetările și studiile care se ocupa cu modelele alcoolismului experimental au crescut.

Multe cercetări s-au ocupat de consumul de alcool în condițiile unui aport alimentar insuficient și al carenței de vitamine, iar cea mai mare parte a studiilor au tendința de a selecționa unul din numeroșii factori care deter-



mină o creștere a consumului de alcool. Trebuie subliniat că dozele de alcool utilizate în institutul nostru în cadrul experiențelor pe animale sînt inferioare celor folosite la Universitatea și la Centrul de cercetări în domeniul alcoolismului din Helsinki (4,8 g/kg corp, respectiv 7,8 g/kg corp) constatîndu-se că hiperlipemia serică este moderată la dozele de alcool utilizate de noi, în perioadele de timp urmărite. De asemenea, fosfolipidele serice la doza 3,8 g/kg corp scad la 2 ore și cresc apoi la 16 și 24 de ore, revenind la normal după 48 ore.

Ficatul sintetizează o mare parte din lipidele sanguine (fosfolipide, trigliceride, colesterol) atît din produși simpli rezultați prin scindarea lipoproteinelor sau extrași din singele care îl perfuzează, cît și din alți produși ai metabolismului intermediar, și mai ales din oxidarea glicolică a glucozei. În același timp, hormonii tiroidieni determină diminuarea valorilor plasmatice ale trigliceridelor, colesterolului, carotenului și dispariția totală a acizilor grași liberi. De asemenea, hormonii sexuali dețin roluri importante în reglarea metabolismului lipidic și a localizării depozitelor lipidice.

Acumularea trigliceridelor în ficat este semnificativ crescută atît la doza mică, cît și la doza mare. Metabolismul hepatocitar al alcoolului arată că în acest proces complex sînt implicate mai multe cai metabolice. Mecanismul central al oxidării alcoolului este o reacție care implică sisteme enzimactice citoplasmactice, alcooldehidrogenaza cu nicotinamid-adenin-dinucleotidul (NAD). Această reacție duce implicit la formarea acetaldehidei și reducerea NAD la NADH la nivelul celulei hepatice, rezultînd modificarea raportului NAD/NADH, modificările acestui raport fiind responsabile

de diferitele anomalii ale metabolismului legat de abuzul de alcool.

După formarea acetaldehidei, ea este transformată din acetaldehid-dehidrogenază în acetat. Acetatul liber, produsul final al oxidării etanolului la nivelul ficatului, migrează și apoi este metabolizat în alte țesuturi, mai ales în mușchi. Unii acetati sînt metabolizați și în ficat, cantitatea fiind în funcție de starea nutrițională. Dihidrogenaza alcoolului este prezentă la toate vertebrele cercetate pînă în prezent; în ficatul uman au fost scoase în evidență 9 izoenzyme diferite. Dintre efectele constatate de noi asupra metabolismului lipidic după administrarea prin gavage de etanol la șobolan, menționăm acumularea de grăsimi în ficat și creșterea lor în ser. La toate animalele am constatat o hipertrigliceridemie în primele 2 ore după care hipertrigliceridemia scade treptat, încît la 16 ore se apropie de normal.

Studii clinice au pus în evidență hipertrigliceridemii importante la unii indivizi cu deficiențe metabolice. De asemenea, după administrarea de alcool are loc o asimilare de trigliceride în ficat, care este însă reversibilă. Cu toate acestea, asimilarea de lipide în ficat sub influența etanolului are cu certitudine diferite mecanisme fiziopatologice, o parte din ele fiind dirijate de căile de sinteză și secreție ale trigliceridelor hepatice.

Observațiile noastre scot în evidență faptul că etanolul afectează total aceste mecanisme într-un grad care este în funcție de doză și de durata administrării etanolului. Unele modificări metabolice ar constitui un răspuns la alterarea organelor celulare, a mitocondriilor sau reticulului endoplasmic. La șobolanii care au primit etanol am observat o mărire în volum a mitocondriilor; încă nu ne putem explica mecanismele care conduc la această hipertrofie. Unele dintre aceste disfuncții biochimice, care duc la apariția fenomenului hepatotoxic general dat de etanol, le punem pe seama unor proprietăți farmacologice ale etanolului, care influențează funcția și structura mitocondriilor hepatice. Afectarea acestor structuri mitocondriale după administrarea de etanol duce la modificări în permeabilitatea, în asimilarea și transportul substraturilor extramitocondriale, care conduc implicit la alterarea metabolismului lipidic. Atît la om cît și la șobolan am observat o creștere exagerată a hiperlipemiei postprandiale după administrarea acută de alcool, iar la indivizii care nu au mîncat o creștere a trigliceridelor circulante, după ingerarea de alcool timp de cîteva ore.

Într-o serie de studii am reușit să observăm diferitele stări de îmbolnăvire a ficatului produse de alcool și că nici un regim alimentar nu protejează ficatul. Aceste studii ne-au permis să clarificăm factorii semnificativi implicați în toxicitatea etanolului și să considerăm că termenul de alcoolism trebuie înlocuit cu termenul de **sindrom de dependență alcoolică**.

Dr. Nicolae GHEORGHE
medic primar boli interne,
Institutul de fiziologie normală și patologică
„Daniel Danielopolu”



Existind aproape în toate colțurile țării, izvoarele minerale au fost folosite încă din cele mai vechi timpuri.

Pentru a oferi o imagine de ansamblu a acestui adevărat tezaur, prezentăm în aceste pagini caracteristicile și efectele principalelor ape minerale din țara noastră, așa cum sunt indicate în „Dicționarul enciclopedic medical de balneoclimatologie”.

APELE MINERALE

CARBOGAZOASE: Balványos, Borsec, Buziaș, Covasna, Lipova, Tușnad, Vatra Dornei.

Provenite din roci de origine vulcanică și conținând CO_2 .

Efectele principale: **în cură internă** stimulează receptorii mucoasei tubului digestiv, începând cu mucoasa bucală și terminând cu cea intestinală, cresc secreția gastrică, intestinală, pancreatică, biliară, motilitatea stomacului și diureza; **în cură externă (băi)** influențează în sens vasodilatator circulația arterială, în general cutanată, scad valorile tensiunii arteriale, influențează dinamica circulatorie, realizând pentru inimă condiții energetice de cruțare.

APELE MINERALE

CLORURATE-SODICE (sărute): Sîngeorz-băi, Slănic Moldova; pentru cură externă apa Mării Negre și apa unor lacuri sărate la Sovata, Amara, Slănic Prahova etc.

Apele clorurate-sodice provin din rocile sedimentare bogate în sare.

Efectele principale: **în cură internă** cresc secreția gastrică, motilitatea intestinului; **în inhalatii** scad viscozitatea secrețiilor căilor respiratorii (favorizînd eliminarea), cu acțiune hipereminentă și trofică asupra mucoasei căilor respiratorii; **în irigații** au efect antiinflamator asupra mucoasei vaginale; **în cură externă (băi)** stimulează circulația cutanată prin intermediul unor mediatori chimici, modifică conductibilitatea electrică cutanată, influențează reactivitatea neurovegetativă.

APELE MINERALE

FERUGINOASE: Tușnad, Buziaș, Lipova

Provin din spălarea rocilor eruptive sau sedimentare de către apele de infiltrație, care conțin adesea și CO_2 . Ele conțin hidrocarbonat de fier. Prezența CO_2 influențează rezorbția fierului la nivelul mucoasei stomacale. În contact cu aerul, ionii feroși sunt oxidați și își pierd activitatea. Din această cauză, cura trebuie făcută la izvor.

Efecte principale: **în cură internă** influențează favorabil procesele metabolico-enzimatice.

APELE MINERALE

IODURATE: Bazna, Govora, Olănești, Băltătești, Călimănești-Căciulata, Sărata-Monteoru Vulcană

Provin din fauna și flora vechilor ere geologice.

Răspundeți la cele 12 întrebări de mai jos, alegând situația care credeți că vi se potrivește cel mai bine. Subliniați răspunsul respectiv.

I. Când sînteți prezentat cuiva care are nevoie de dv, sînteți: 1) Politicos 2) Amabil 3) Foarte amabil

II. Când sînteți deranjat la telefon în timpul lucrului sau cînd dormiți: 1) Tăiați imediat vorba interlocutorului 2) Vorbiți scurt dar politicos 3) Acceptați să vorbiți cu plăcere.

III. Când aveți un necaz sau o indispoziție fizică, sînteți: 1) De nesuferit 2) Abătut și îngrijorat 3) Capabil să nu lăsați să se vadă nimic.

IV. Dacă un prieten vă dă o întîlnire și vă face să-l așteptați prea mult: 1) Îl așteptați pentru a-l muștrului. 2) Plecați fără să mai vorbiți cu el. 3) Îl așteptați cu calm și răbdare.

V. Vă place să faceți cadouri, preocupîndu-vă ca ele să corespundă: 1) Indiferent 2) Cît de puțin 3) Mult.

VI. Care este atitudinea dv față de prietenii prietenilor

TEST

dv: 1) Vă sînt indiferenți 2) Sînteți politicos cînd îi vedeți dar nu-i invitați și nu primiți invitația lor 3) Îi invitați împreună.

VII. Care este ocupația dv preferată în zilele de sărbătoare: 1) Să citiți, să ascultați muzică, să vizionați programul TV sau spectacole 2) Să mergeți în vizită 3) Să primiți oaspeți

VIII. Dacă aveți de făcut un reproș în jurul dv, sînteți: 1) Dur și eventual păstrați ranchiună 2) Calm, dar ironic 3) Moderat și vă calmați repede.

IX. Ce atitudine aveți în mijloacele de transport în comun, față de ceilalți pasageri: 1) Nu vă interesează de loc 2) Ascultați ce vorbesc 3) Îi observați și încercați să vă imaginați viața lor.

X. Vi se fac confidențe de către cunoștințe și prieteni, cerîndu-vi-se un sfat: 1) Niciodată 2) Cîte odată 3) Adesea.

XI. Cînd intervine un conflict, între persoane apropiate, care este atitudinea dv: 1) De a nu vă amesteca 2) De a da dreptate fiecăruia 3) De a-i împăca.

XII. Înainte de a întîlni o persoană importantă sau utilă vă pregătiți: 1) Să discutați asupra unui subiect în care să vă puteți face remarcat 2) Să-l ascultați și să profitați cît mai mult de întîlnire 3) Să discutați asupra unui subiect care l-ar putea interesa.

Și acum, trageți linie și faceți socoteala! Fiecare răspuns pe care l-ați subliniat are un număr de ordine, care reprezintă și punctele respective. Dacă ați totalizat 12-15 puncte, să nu vă mirați că viața vi se pare puțin dificilă, de vreme ce relațiile dv cu cei din jur sînt atît de fragile. Dacă obțineți 16-28 puncte, aveți gradul de sociabilitate comună și sînteți demn de respectul tuturor. Dacă ați totalizat peste 29 puncte sînteți omul sociabil ideal - cu condiția... să fi răspuns sincer la acest chestionar.

Efecte principale: **in inhalații, injecții, cură externă** au acțiune hiperemiată la nivelul mucoaselor și efect trofic local; influențează metabolismul grăsimilor; tropism pentru glanda tiroidă.

APELE MINERALE

OLIGOMINERALE: Olănești, Călimănești, Băile Felix, Băile 1 Mai, Sîngeorz, Moneasa

Efecte principale: **cele reci** cresc diureza, favorizînd eliminarea sărurilor și a acidului uric, împiedicînd ascensionarea florei microbiene spre rinichi; **cele calde** au acțiune antispastica, antiinflamatoare, sedativă, relaxant muscular.

APELE MINERALE

RADIOACTIVE: Băile Felix, Băile 1 Mai

Conțin cantități variabile de elemente radioactive. În ultimele decenii s-a renunțat pe plan internațional la cura internă, irigații.

Efecte principale: **numai în cură externă** (sub supraveghere medicală) au afinități pentru țesutul gras, tecile nervilor și sistemul endocrin.

APELE MINERALE

SULFATATE: Amara, Băltătești, Sărata-Monteoru

Provin din rocile bogate în sulfat de calciu și carbonat de magneziu.

Efecte principale: **in cura internă** (sub supraveghere medicală) stimulează secreția hepatică, de bilă, eliminarea de bilă din vezică și căile biliare, cresc peristaltismul peretelui intestinal, favorizînd evacuarea intestinului (efect purgativ).

APELE MINERALE

SULFUROASE:

Govora, Herculane, Călimănești-Căciulata, Mangalia, Nicolina-Ieși, Pucioasa, Strunga.

Provin din rocile sedimentare gipsoase sau bituminoase, care sub acțiunea substanțelor organice sau a bacteriilor sulfuroase generează H₂S. În contact cu aerul, H₂S se oxidează, favorizînd apariția precipitatului de sulf, care dă aspectul turbure al apei minerale. Cu cît oxidarea e mai intensă, cu atît calitățile terapeutice scad. Se indică, astfel, cura la izvor.

Efecte principale: **in cură internă** crește secreția gastrică și intestinală, stimulează peristaltismul intestinal (favorizînd evacuarea), secreția de bilă și evacuarea acesteia, au efect antitoxic; stimulează funcția pancreasului și favorizează consumul hidraților de carbon; **in inhalații** au acțiune antiinflamatoare asupra mucoaselor căilor respiratorii, ORL și traheobronșice, efect anti-septic, antialergic; ameliorează deficitul de sulf creat de eliminarea abundentă a secrețiilor patologice la nivelul aparatului traheobronșic; **in cură externă** au asupra pielii un efect cheratolitic și efect vasodilatator pe circulația cutanată.



COPILII NOȘTRI

CÎTEVA SFATURI PENTRU TINERELE MAME

Maternitatea este însăși înțelesul vieții femeii. Copilul dorit, îngrijit de mamă, alimentat la sîn, prezintă cele mai bune garanții ale unei dezvoltări corespunzătoare fizice și psihice, spre bucuria familiei și mîndria societății noastre. Este util, credem, să prezentăm în mod succint cîteva sfaturi, care, bine înțelese de mamă, îi vor evita multe neplăceri în îngrijirea copilului.

Viitoarea mamă, în afara **consultației premaritale**, în cadrul căreia sfatul genetic este deosebit de important, trebuie să facă **consultația prenatală**, în vederea supravegherii evoluției sarcinii, printr-un examen clinic medical general, făcut de medicul de circumscripție, și un examen de specialitate, realizat de medicul obstetrician-ginecolog, în urma cărora se va stabili ritmul examenelor clinice și paraclinice ulterioare pe întreaga perioadă a sarcinii. Consultația prenatală are ca scop un bilanț al stării de sănătate a gravidei pentru a se reduce la maximum riscurile legate de sarcină, naștere și lăuzie. Este important ca sarcina să se dezvolte într-un organism matern sănătos. Este profund dăunător ca gravidele cu risc crescut să refuze să se interneze ori de cîte

ori este nevoie pentru a diminua la maximum riscurile pentru continuarea sarcinii.



Alimentația femeii gravide trebuie să fie completă, echilibrată cantitativ și calitativ (aport corespunzător de glucide, proteine, grăsimi, săruri minerale și vitamine). Nu este indicată o supraalimentație, ci doar o creștere moderată a alimentației, astfel ca greutatea gravidei la sfîrșitul perioadei de sarcină să nu fie crescută cu mai mult cu 8—10 kg. Este dăunătoare o subalimentație. Se va face o corectă repartiție a meselor, cu respectarea orarului de masă și păstrarea repausului după mese. Alimentația va fi bogată în fibre vegetale pentru a se asigura tranzitul intestinal zilnic. Este indicată suplimentarea medicamentoasă a fierului în rația alimentară, care este insuficient în rația obișnuită, el fiind indicat mai ales la femeile care au născut de mai multe ori. Alimentele care trebuiesc evitate sînt cele sărate, ca: șunca, slămina, cîrnații, conservele, murăturile, peștele sărat sau conservat, precum și muștarul, ciocolata, cafeaua și alcoolul.

Igiena personală va fi permanent în atenția gravidei. Se recomandă dușuri cu apă caldută și săpun. Băile de aburi sînt interzise; de asemenea, spălăturile vaginale, cu excepția celor prescrise de medic. Spălarea pe dinți dimineața și seara este obligatorie. Îmbrăcămintea va fi comodă, adaptată anotimpului și vârstei sarcinii. Se recomandă un sutien care să nu comprime sîinii, centură de sarcină doar pentru femeile cu musculatură abdominală slab dezvoltată. Este interzisă purtarea jartierelor rotunde, iar pantofii vor fi comози, cu un toc potrivit ca înălțime.



Pregătirile pentru naștere se vor face din timp, inclusiv procurarea obiectelor necesare noului născut și mamei în timpul spitalizării.



Regimul de viață și muncă al femeii gravide trebuie, de asemenea, să fie atît în atenția gravidei, cît și a celor ce-i suprăveghiază sănătatea. Somnul este necesar să fie de cel puțin 8 ore pe noapte, și în ultimele săptămîni de sarcină și o oră după masa de prînz. Munca în gospodărie nu trebuie să fie oboseitoare; se vor evita activitățile dăunătoare, ca: ridicarea unor greutăți, scuturarea covoarelor etc. Activitatea profesională trebuie să țină seama și ea de starea de sănătate a gravidei, aplicîndu-se prevederile legislației privind schimbarea locului de muncă atunci cînd este cazul, munca de noapte, munca în mediu toxic, aplicarea în fapt a concediului prenatal etc. Se recomandă plimbările în aer liber și exerciții ușoare de gimnastică. Fumatul se interzice în timpul sarcinii. Călătoriile fără efort deosebit, în etape mici, pot fi făcute în timpul sarcinii; călătoriile în condiții deosebite se vor face numai cu avizul medicului. Viața sexuală, cînd sarcina evoluează normal, poate fi continuată pînă în ultimele săptămîni. Medicamentele sînt strict interzise în sarcină. În cazuri deosebite, se administrează doar la recomandarea medicului. Se va face pregătirea gravidei în vederea alimentației naturale după indicațiile cadrelor medico-sanitare.

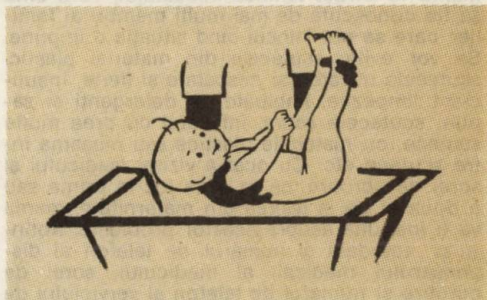


În maternitate gravida se va afla sub supraveghere medicală atît înainte, cît și în timpul și după naștere. Este indicat ca gravida să fie bine informată asupra modului cum va decurge nașterea, pentru a se evita teama. Nașterea trebuie privită ca un fenomen fiziologic, cunoscîndu-se că marea majoritate a femeilor au o naștere normală, aceste convingeri ducînd la eliminarea oricărei încordări psihice și la realizarea unei bune relaxări musculare în timpul nașterii. Atît în maternitate, cît și după ieșirea din maternitate se vor respecta cu strictețe regulile de igienă cu ocazia alăptării și oricînd există un contact între mamă, per-

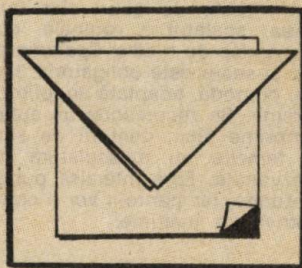
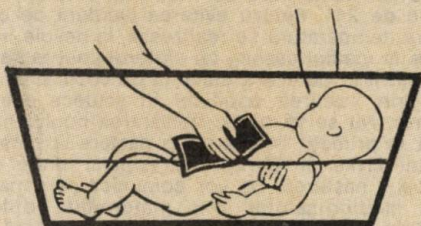
sonalul sanitar și copil. Pentru a nu se ajunge la înțărarea precoce a copilului, încă din maternitate, ceaiul și orice completare a alimentației se vor da doar cu lingurița și nu cu biberonul. Adaptarea funcțiilor vitale ale noului născut la condițiile de viață extrauterină se apreciază cu „scorul APGAR” (după numele australianeii Virginia Apgar, care a inițiat metoda), scor pe care se recomandă să-l cunoască și mama. Un „scor APGAR” de 8—10 indică o stare bună la naștere, ce nu necesită reanimarea; un scor 7 impune îngrijiri speciale, chiar și după ieșirea din maternitate, fiind necesară luarea copilului în evidență de către medicul din teritoriu. Orice mamă trebuie să știe că noul născut are nevoie de o temperatură constantă între 20°—22°, iar cînd se face baie de 24°. Pentru evitarea pierderii de căldură, temperatura se realizează, la nevoie, mai ales în mediul casnic, cu ajutorul unui radiator plasat la o oarecare distanță de copil, precum și prin învelirea copilului în scutece călduroase. Nu se va omite declararea noului născut în primele 14 zile de la naștere la ofițerul stării civile al Consiliului Popular unde s-a produs nașterea. Se vor comunica personalului medico-sanitar din maternitate datele exacte cu privire la adresa la care urmează să se externeze mama, pentru ca în primele 24 de ore de la externare copilul să poată fi văzut și examinat de medicul dispensarului și de sora de ocrotire.



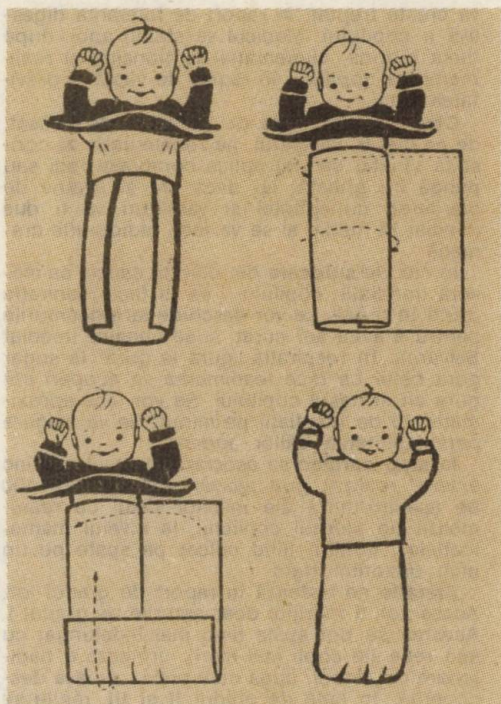
După ieșirea din maternitate, nu este recomandabil ca în primele zile după revenirea în familie să se facă vizite mamei și copilului de către rude, prieteni, mama și copilul avînd nevoie de liniște și de evitarea oricărei infecții favorizate de contactul cu alte persoane. Plaga ombilicală ce se formează după căderea cordonului ombilical (a 5-a — a 8-a zi) va fi atent urmărită de mamă pînă la vindecare (a 10-a — a 14-a zi), sesizîndu-se medicului orice sîngerare, roșeață sau scurgere de puroi. Pansamentul ombilical se realizează



printr-o dezinfecție cu alcool 60—70%, urmată, eventual, de tamponarea cu o compresă uscată, și pudrarea cu praf de sulfamidă sau Saprozan, apoi de aplicarea unei comprese sterile. Mama va învăța modul de îngrijire a



pielii noului născut, curățirea ei făcându-se zilnic cu apă și săpun fin (săpun de ras, de glicerină, săpun Nivea), ocolind regiunea ombilicală; de asemenea, va învăța tehnica băii parțiale și a băii generale. Baia generală se face imediat după vindecarea plăgii ombilicale și nu va dura mai mult de 5—7 minute (la sugarii de peste 8 luni, 10—15 minute), mama cunoscând și anumite reguli pentru curățirea regiunii anale, genitale, pentru toaleta feței, ochilor, nasului, urechilor, igiena capului. Ștersul se va face doar prin tamponare, după care urmează pudrarea cu Talc, Saprozan, pudră Nivea pentru copii, cu excepția regiunii vulvare; la nivelul plicilor aplicându-se ulei fierț și răcit, unguent cu Jecolan, Cutaden, Jecozinc etc. Mama va învăța tehnica înfășatului, ce e bine să fie cunoscută de mai mulți membri ai familiei, care se pot înlocui când situația o impune. Se vor evita: scutecele din material plastic, scutecele uscate dar nespălate și fierțe, insuficient limpezite, îmbibate de detergenți și săpun, scutecele aspre, înfășatul cu prea multe scutece, cu materiale plastice sau mușama între scutece etc. Cu ocazia vizitei medicului și sorei de ocrotire, ce va avea loc în prima sau a doua zi de la ieșirea din maternitate, mama va fi instruită asupra acestor probleme, notându-și totodată și numărul de telefon al dispensarului medical, al medicului, sorei de ocrotire și numărul de telefon al serviciului de urgență la domiciliu, pentru ca și ulterior să poată avea sfaturile medicale competente în timp util. Este bine de reținut de către mamă că scăderea fiziologică în greutate, icterul fiziologic, criza genitală sînt fenomene firești, care nu necesită îngrijiri medicale deosebite.



Mama trebuie să aibă, de asemenea, cunoștințe în legătură cu **alimentația copilului**, ce reprezintă o problemă deosebit de importantă, care condiționează starea lui de sănătate. Alimentația naturală este ideală pentru primele 4—6 luni de viață ale copilului. Rămîne de necontestat afirmația că laptele și dragostea de mamă nu se pot înlocui. Întărcarea nu este indicată sub vîrsta de 6 luni, dar nici peste 9—12 luni. În cazul hipogalactiei sau a imposibilității alimentației naturale se trece, în funcție de situație, fie la alimentația mixtă (administrarea alături de laptele de mamă sau alternativ cu acesta a unui preparat din lapte), fie la alimentația artificială (administrarea unui alt preparat din lapte decît cel de mamă în primele 4—6 luni de viață a copilului). În alimentația mixtă sau artificială se pot utiliza preparate de lapte integral, tip „Lactosan”, „Rarău”, „Mureșul”, „Suceveanca”. În primele luni de viață, la copilul prematur sau distrofic (malnutriție proteino-calorică), ca și în realimentarea după diaree, se pot folosi preparate semicremate de lapte: „Lacto” (în prima lună de viață), „Lacto I” și „Lacto II” (în primele 2—3 luni), „Gluvilact I” (pînă ce copilul ajunge la greutatea de 4 500 g), „Gluvilact II” (peste 4 500 g). Sînt utilizate, de asemenea, cu succes preparate „umanizate”: „Humana 0” (pînă la 3 000 g), „Humana I” (pînă la 4 500 g), „Humana II” (peste 4 500 g), „Similac” (în diluții diferite, în funcție de vîrstă), precum și cele „semiumanizate”: „Robebi A” (pînă la 4 500—5 000 g), „Robebi B” (peste 4 500—5 000 g), „Robolact” (prematuri sau



sugari pînă la 3 000 g), „Luci” (preparat românesc, ce se poate administra din prima săptămîină de viață). Utilizăm și preparatele terapeutice de lapte, cum sînt „Eledon” (la prematuri, în realimentarea după diaree), „Humana H” sau „Lacto-fort” (în realimentarea celorlalți copii după diaree, mai ales ale celor produse de intoleranță la lactoză). Rația alimentară se stabilește în funcție de calorii și de lichide: în trimestrul I de viață 110—120 cal/kg/zi și 150—180 ml/kg/zi de lichide; în trimestrul II 100—120 cal/kg/zi și 130—160 ml/kg/zi de lichide; în trimestrul III 100 cal/kg/zi și 110—140 ml/kg/zi, iar în trimestrul IV de viață 100 cal/kg/zi și 100—120 ml/kg/zi. Numărul de mese cuprinde: 6—7 în prima lună, 6 pînă la 2—2½ luni, 5 după 3—3½ luni. Încă de la o lună și jumătate începe introducerea sucului de fructe, la 3—4 luni trecîndu-se la diversificarea alimentației prin introducerea treptată a supei de zarzavat, făinosul cu lapte, mesei de fructe, piureului de legume, cîrni de pui sau de vacă, supei de carne, gălbenușului de ou, brînzei de vaci, iaurtului. Introducerea acestor alimente se recomandă cînd sugarul este sănătos, ea făcîndu-se în cantități progresive, cu lingurița, niciodată simultan cu un alt aliment.



Mama trebuie să cunoască cîteva date despre **dezvoltarea fizică și neuropsihică** a copilului, pentru a sesiza medicului aspectele nesatisfăcătoare în dezvoltarea copilului. Nou-născutul la termen are o greutate medie de 3 000 g, o talie medie de 50 cm, un perimetru cranian de 34—35 cm și cel toracic de 32 cm. Greutatea de la naștere se dublează la 5 luni și se tripletează la 1 an, iar lungimea crește cu 20—25 cm, astfel că la un an copilul cîntărește în medie 9 kg și măsoară în lungime 70—75 cm. Dezvoltarea neuropsihică se apreciază după parametrii de dezvoltare motorie. În ceea ce privește dezvoltarea motorie, este de reținut că la 2—3 luni copilul își susține capul, la 5—6 luni șade nesprijinit, iar în jurul vîrstei de 1 an merge singur în picioare. Se vor respecta și

nevoile de somn ale copilului (pentru noul născut 21 ore, pentru copilul de 1 an 13—15 ore).



Dentiția temporară (de lapte) începe să apară în perioada de sugar, la vârsta de 6 luni, terminându-se la 2—2½, când copilul are 20 de dinți.



Călirea organismului copilului se realizează prin utilizarea rațională a factorilor naturali: aer, apă, soare, la care se adaugă exercițiile fizice și gimnastica. De menționat că primăvara și vara copilul poate fi scos la aer de la vârsta de 2—3 săptămâni, iar în anotimpul friguros de la 4—5 săptămâni.



Profilaxia rahitismului se realizează prin administrarea vitaminei D₂ sau D₃ (vara, helioterapie), după schemele indicate de medic.



Prevenirea bolilor infecto-contagioase, în afara unor măsuri profilactice generale, se realizează prin vaccinări. De menționat că în primul an de viață sînt obligatorii, după un anumit calendar, vaccinarea B.C.G. (impotriva tuberculozei), Trivaccinul sau D-TE-PER (antidifteric, antitetanic și antipertussis), precum și vaccinarea antipoliomielitică, antirujeolică.



În încheiere, vom prezenta cîteva sfaturi utile pentru mamă în legătură cu măsurile ce trebuie luate pînă la sosirea medicului în unele îmbolnăviri ale sugarului.

În fața unei **crize de convulsii**, pînă la sosirea Salvării (care îl va duce rapid la spital) se vor lua următoarele măsuri: va fi dezbrăcat (pentru a nu-l strînge îmbrăcămîntea), va fi culcat pe spate sau pe o parte (cu capul răsturnat pe spate și situat mai jos decît trunchiul, pentru a nu se favoriza astuparea bronhiilor cu secreții sau lichid de vărsătură). La sugarul mare, care are dinți, pentru evitarea mușcării limbii, arcadele dentare se vor ține îndepărtate cu o linguriță înfășurată în mai multe straturi de tifon. Dacă are febră ridicată, se va administra un supozitor (Paracetamol, Aminofenazonă L) și, eventual, o împachetare. Aceasta se face cu un cearceaf muiat în apă la temperatura de aproximativ 40° și apoi stors, cu care învelim copilul, lăsîndu-i doar capul liber. Mai putem aplica o compresă rece pe frunte. Dacă temperatura se menține, se va face o baie caldă (37°), prelungită.

În cazul de **vărsături și diaree** se va suprima alimentația și se va administra sugarului, în funcție de toleranță, doar apă fiartă și răcită, ceai de plante (Anason, Chimen, Mușetel, Tei sau Menta) îndulcit cu 10 lingurițe de zahăr rase la 1 litru de ceai. Cantitatea de lichide, la început redusă, 1—2 lingurițe la cîteva minute,

va crește treptat, în raport de toleranța digestivă a copilului. Medicul va stabili apoi, după dieta hidrică, alimentația de tranziție și reabilitarea copilului în raport de vîrstă și gravitatea bolii.

Cînd sugarul cade de pe masa de înfășat, de pe cîntar sau pătuț, pe zonele unde se constată vinătăi se pot aplica comprese reci sau pungă cu gheață, iar dacă are și semne de pierderea cunoștinței și vărsături va fi dus imediat la medic și se va face radiografie craniană.

În caz de **sufocare** din diferite cauze, ca măsură imediată, copilului i se va face respirație „gură la gură”, se vor deschide larg geamurile pentru a avea aer curat, și se cheamă imediat Salvarea. În respirația „gură la gură” la sugar gura celui ce face reanimarea va acoperi atît gura cît și nasul copilului. Se vor face aproximativ 20 de insuflații pe minut. Se va asigura permeabilitatea căilor aeriene.

În **stop cardiac** se asociază masajul cardiac extern, realizat prin apăsări ritmice (80—100 de apăsări/min.) ale mîinilor celui ce reanimează pe sternul copilului, la nivelul mameleanelor, copilul fiind culcat pe spate pe un plan orizontal rigid.

Arsurile se tratează în raport de gradul lor. Acasă vor fi îngrijite doar arsurile de gradul I. Acestea se pot spăla timp mai îndelungat cu apă rece (la copii mai mari); urmează o badionare cu alcool, după care pielea se lasă descoperită. În cele de gradul II și III, rănile se vor acoperi cu cearceafuri sau pînze cît mai curate și, fără a sparge bășicile cu lichid, copilul va fi transportat urgent la spital. Nu se îndepărtează de pe el hainele carbonizate. În timpul transportului va sta culcat, cu capul mai jos decît trunchiul, fiind supravegheat cu atenție.

Intoxicațiile (otrăvirile) accidentale pot surveni și la sugar, mai ales cele medicamentose, în urma unor confuzii pe care le poate face mama, administrînd intern un medicament de uz extern, administrînd medicamente nepotrivite vîrstei copilului sau supradozînd medicamentul. Mama, pînă la sosirea medicului, va încerca să-l producă copilului vărsături introducînd în faringele copilului un deget (învelit într-o batistă curată) sau coada unei linguri, acesta fiind așezat de-a curmezișul pe coapsele unei persoane adulte, stînd cu fața în jos și cu capul mai jos decît restul trunchiului, abdomenul fiind comprimat. Nu se face încercarea de a produce vărsături cînd starea de cunoștință a copilului este pierdută (comă toxică), cînd copilul este în criză de convulsii sau este vorba de o intoxicație cu substanțe corozive (acizi, baze) sau intoxicații cu petrol, detergenți. Cînd există o unitate sanitară apropiată, copilul va fi dus pentru a i se efectua spălătura gastrică. Mama va prezenta restul substanței medicului și nu va ascunde niciodată adevărul în legătură cu substanța ingerată.

Dr. Arghir POPESCU
director al Spitalului clinic de copii
„23 August” — București

DEZVOLTAREA PSIHO-MOTORIE



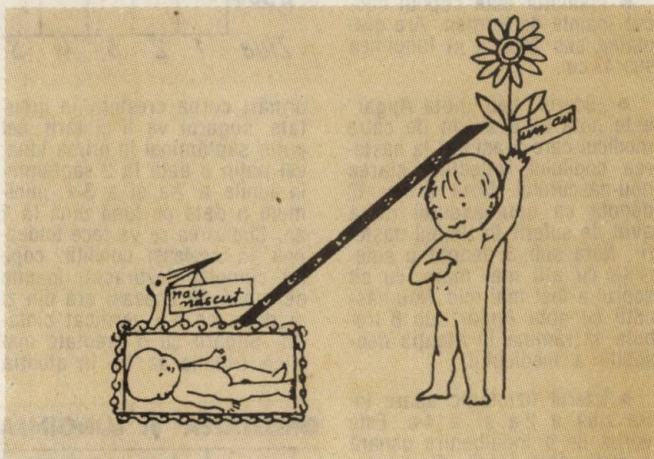
copiii
bucuria
familiei

Dacă sănătatea copiilor este bunul cel mai de preț al familiei, cunoașterea și însușirea noțiunilor de igienă și sănătate ce vizează dezvoltarea normală a organismului vă dă posibilitatea să contribuiți în modul cel mai potrivit la buna desfășurare a procesului de creștere a propriilor dv copii.

Din momentul procreării, în timpul celor 9 luni de viață intrauterină, viitorul copil crește și se dezvoltă intens; pornind de la ou devine embrion, apoi făt. După naștere și pînă la vîrsta adultă, organismul uman crește și se dezvoltă în continuare: sugarul devine copil mic, apoi preșcolar, școlarul mic ajunge adolescent, pentru ca tînărul să facă loc adultului.

Cu cît copilul este mai mic, cu atît organismul său este mai sensibil, iar creșterea și dezvoltarea pot fi influențate de o serie de factori, printre care alimentația corespunzătoare, îngrijirile igienice, factorii naturali de mediu și funcționarea normală a sistemului nervos central sînt dintre cei mai importanți. La aceștia se adaugă dragostea părinților, mai ales a mamei, care este la fel de importantă ca și hrana.

În general, părinții știu mai multe despre creșterea în greutate și despre alimentație. Cercetările de specialitate atestă că în primii 4 ani de viață copilul realizează 50 la sută din întregul potențial al dezvoltării psihice umane. Iată de ce este necesar să vă ocupați și de dezvoltarea psihică a copilului încă din primele luni de viață. Numai îndrumat și ajutat potrivit vîrstei, copilul dv va învăța să se miște, să gîndească și să vorbească bine, va putea stabili relații corecte cu persoanele și obiectele din jur, va învăța și va înțelege ceea ce lumea îi oferă și îi cere, va putea



să răspundă și să se adapteze acestor cerințe.

Ambii părinți – și mama și tatăl – aveți nevoie de anumite cunoștințe să puteți aprecia măsura în care copilul evoluează normal pentru vîrsta lui, să recunoașteți eventualele semne de rămînere în urmă. De modul cum evoluează psihic în primii trei ani de viață depinde dezvoltarea lui neuropsihică la vîrsta preșcolară și școlară. Deci, nu este indiferent dacă din primii ani de viață copilul are întîrzieri în dezvoltarea neuropsihică, dacă – de exemplu, începe să meargă și să vorbească mai tîrziu, dacă înțelege greu solicitările adulților și răspunde lent la ele. Tocmai de aceea se recomandă ca orice observație privind o eventuală rămînere în urmă să fie semnalată medicului pediatru.

Trebuie să știți că anumite caracteristici de dezvoltare sînt valabile nu numai pentru ziua de împlinire a vîrstei, ci și pentru o perioadă de plus sau minus 2 săptămîni la copilul de

pînă la 1 an și plus sau minus o lună între 1 și 3 ani.

Urmăriți-vă cu atenție copilul, călăuzindu-l după indicațiile din tabele și după fotografii. Nu dați dovadă de nerăbdare, nu-l forțați pe copil să facă unele lucruri mai devreme decît este normalul vîrstei, dar nici nu așteptați prea mult, cu prea mare răbdare, să înceapă să meargă, să vorbească etc.

În aprecierea dezvoltării copilului luați în considerare următoarele situații: copilul poate fi bolnav, convalescent, prost dispus. Reveniți cînd este sănătos.

Veți acorda o atenție mai mare, din prima lună de viață, copilului care: a avut o greutate mică la naștere, sub 2500 de grame; s-a născut înainte de termen; se prezintă cu o stare generală mai puțin înfloritoare.

1. Copilul în primul an de viață

Copilul este un rezultat al zestrei ereditare, al condițiilor în care s-a dezvoltat în timpul vieții intrauterine și al modului

în care a decurs nașterea. După naștere, buna dezvoltare a nou-născutului, sănătatea lui depind în cea mai mare măsură de îngrijirile ce i se dau de către părinți.

- Copilul născut la termen cântărește între 2900 și 3500 grame. Fetitele au, de obicei, greutate mai mică decât băieții. Lungimea variază între 49 și 52 cm.

- Prematur este copilul născut înainte de termen. Are greutatea sub 2500 g și lungimea sub 47 cm.

- „Scorul” sau „nota Apgar” este nota care se dă de către medicul care a asistat la nașterea copilului, reflectând starea nou-născutului. Nota 9 sau 10 denotă că nou-născutul nu a avut de suferit în timpul nașterii. Nota sub 8 denotă o suferință cu atât mai mare, cu cât scorul a fost mai mic. Nou-născuții cu nota Apgar sub 8 trebuie să rămână în atenția deosebită a medicului.

- Icterul fiziologic apare între ziua a 2-a și a 4-a. Este vorba de o îngălbenire ușoară a pielii, fără febră. El dispare în cel mult 2 săptămâni.

- Cordonul ombilical cade între a 5-a și a 8-a zi. Până la completa vindecare a plăgii se face un pansament cu 2-3 comprese sterile, peste care se trage o fașă.

- Scăderea în greutate.

În primele 3-4 zile nou-născutul pierde în greutate aproximativ 150-200 g. Din ziua a 5-a trebuie să crească zilnic cu 25-30 g, astfel încât în zilele a 8-a, a 9-a și a 10-a, cel mai târziu în ziua a 12-a, să revină la greutatea de la naștere. Dacă nu crește, înseamnă că este subalimentat sau bolnav.

- Creșterea în greutate.

În primele 4 luni, sugarul sănat, hrănit și îngrijit corect, câștigă aproximativ 750 g în fiecare lună, adică 25 g zilnic. Își dublează greutatea de la naștere la 4-5 luni și o triplează la 1 an. De la 4 luni la 8 luni câștigă în greutate aproximativ 500 g în fiecare lună, iar de la 8 luni la un an aproximativ 250 g pe lună. Pentru a se



urmări curba creșterii în greutate, sugarul va fi cântărit: cel puțin săptămânal în prima lună; cel puțin o dată la 2 săptămâni în lunile a 2-a și a 3-a; minimum o dată pe lună până la 1 an. Cântărirea se va face totdeauna în aceleași condiții: copilul complet dezbrăcat, înainte de masă, la aceeași oră din zi și după ce s-a verificat cântarul. Sugarii cu o greutate mai mică trebuie să fie în atenția

părinților și a medicului pediatru.

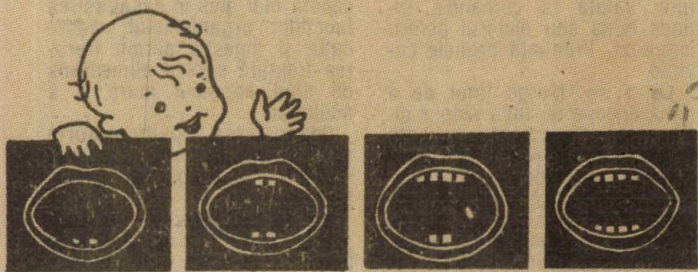
- Creșterea în lungime.

Sugarul crește în lungime cu 4 cm în prima lună de viață, cite 3 cm în luna a II-a și a III-a; 2 cm în luna a IV-a; apoi 1 cm în fiecare lună până la 1 an (în total 20 de cm în primul an). Valorile de mai sus reprezintă valori medii, ele fiind de multe ori depășite.

GREUTATEA ȘI LUNGIMEA ÎN PRIMUL AN DE VIAȚĂ*

Vîrstă	Băieți		Fete	
	Greutatea (în grame)	Lungimea (în cm)	Greutatea (în grame)	Lungimea (în cm)
La naștere	3110-3790	49,5-52,5	2840-3760	48,9-51,7
1 lună	3610-4730	51,7-56,7	3450-4510	50,9-56,3
2 luni	4500-5700	55,1-60,5	4010-5570	53,8-59,8
3 luni	5130-6650	57,9-63,9	4790-6090	56,6-62,2
4 luni	5820-7260	60,6-66,4	5460-6860	58,9-64,7
5 luni	6230-7970	62,5-68,7	5780-7550	60,4-67,4
6 luni	6830-8670	64,0-70,4	6450-8157	62,4-69,2
7 luni	7250-9150	65,7-72,7	6870-8590	64,1-71,1
8 luni	7730-9570	67,5-73,5	7260-9080	65,6-72,6
9 luni	7960-9800	68,4-74,2	7600-9480	67,0-73,8
10 luni	8360-10320	69,8-76,2	7900-9840	68,6-75,2
11 luni	8530-10510	71,7-76,9	8270-10110	69,5-75,9
12 luni	8900-11100	72,5-78,7	8470-10610	70,8-77,6

* După datele Institutului de Igienă și Sănătate Publică București. Greutatea trebuie corelată cu înălțimea: de exemplu, un sugar de 6 luni cu 70,4 cm dar cu 6830 g este slab; el trebuie să cântărească 8670 g.



● **Apariția dentiției de lapte.** Primii dinți, numiți incisivi mediani inferiori, apar de obicei între 6 și 8 luni. De la 12 luni apar incisivii superiori (2 și încă 2) iar între 11 și 14 luni apar încă 2 incisivi inferiori. Copilul de 1 an are 6-8 dinți. În jurul vârstei de 3 ani dentiția temporară este completă (20 de dinți). Întirzieri moderate (de 1-2 luni) și inversări în ordinea apariției dinților sunt relativ frecvente. Ele nu au importanță.

● **Dezvoltarea psiho-motorie.** Paralel cu creșterea în greutate și lungime, sistemul neuro-psiomotor, incomplet dezvoltat la naștere, evoluează rapid în primul an de viață. Principalele simțuri (auzul, mirosul) sunt dezvoltate încă din prima lună de viață.

La 2 săptămâni copilul tresăre și clipește la zgomot puternic.

În jurul vârstei de 3 săptămâni apare coordonarea mișcărilor globilor oculari. Cu ajutorul celor care-l îngrijesc, copilul își va dezvolta aceste simțuri, va face cunoștință cu lumea înconjurătoare.

La 1 lună. Culcat pe spate, ține capul într-o parte, fixează un moment o jucărie prezentată în fața ochilor, emite mici sunete. Reacționează diferentiat la plăcere-neplăcere. Se calmează când este luat în brațe.

La 2 luni. Culcat pe abdomen, își ridică umerii și capul câteva momente; ridică brațele la verticală; apucă cu patru degete jucăria pusă în mână. Reacționează la sunete, întorcând capul în direcția lor. Urmărește cu privirea o jucărie și gîngurește. Zîmbește persoanelor familiare atunci cînd i se vorbește.

La 3 luni. Ținut așezat, își ține capul drept timp îndelungat. Ține jucăria pusă în mână, o scutură prin mișcări neordonate, o duce la gură. Își recunoaște mama. Își privește miinile, se joacă cu ele. Emite sporadic vocale izolate. Manifestă bucurie la auzul vocilor cunoscute sau la vederea persoanelor familiare.

La 4 luni. Șade sprijinit, scurt timp. Întinde miinile spre jucărie, dar nu o nimereste. Întoarce capul imediat spre persoana care îi vorbește, privind-o atent. Prezintă tendința de modulare a vocii (sonorizare cu inflexiuni). Zîmbește spontan persoanelor familiare. Stimulat, ride în hohote.

La 5 luni. Șade sprijinit mai mult timp. Întinde miinile spre jucăria oferită. Ține ambele miini pe biberon cînd este alimentat. Urmărește cu privirea jucăria care i-a scăpat. Își manifestă bucuria în mod zgomotos.

La 6 luni. Se întoarce de pe spate pe abdomen. Șade timp îndelungat ușor sprijinit. Întinde miinile și apucă o jucărie de lingă el și o pune dintr-o mână în alta. Își privește imaginea în oglindă, o atinge cu mîna. Imită mimica veselă sau tristă a persoanelor din jur. Inițiază „conversații” cu persoanele familiare sau cu jucăriile.

La 7 luni. Susținut de subsoari stă în picioare și poate sări pe loc. Apucă jucăria cu o singură mîna și o transferă cu ușurință în cealaltă mîna. Emite sunete: ba, pa, la, da. Cere să i se acorde atenție, întinde miinile după persoanele apropiate.

La 8 luni. Stă scurt timp în picioare, sprijinindu-se de mobilă. Ridică obiecte mici cu pri-

mele 3 degete. Ține cîte un cub în fiecare mîna, lovindu-le între ele. Reacționează imediat la pronunțarea numelui său. Pronunță clar silabe izolate sau repetate: pa sau pa-pa, ma sau ma-ma. Exprimă bucurie cînd i se vorbește frumos; plînge cînd este certat.



La 9 luni. Se ridică singur în picioare, agățându-se de grătarele patului; susținut de axile, face mișcări de mers. Participă cu plăcere la un joc simplu cu adulții.

La 10 luni. Merge „în patru labe.” Se ridică singur. Atrage atenția adulților prin gesturi, țipăt, tuse. Înțelege interdicția, oprește un act la ordin. Înțelege cuvintele frecvent repetate de cei din jur.

La 11 luni. Merge ținut de ambele mâini sau sprijinindu-se de mobilă. Înțelege și execută

câteva ordine: dă jucăria la cerere, salută la comandă, întinde mâna sau piciorul pentru îmbrăcat. Pronunță primele cuvinte.

La 1 an. Merge ținut de o mână. Începe să facă singur câteva pași. Se catără pe trepte în patru labe. Arată la cerere părți din corp (ochi, nas, gură). Vrea să mănince singur cu lingurița (neîndeminatec), să se dezbrace, să bea din ceașcă. Are un vocabular de 3-5-10 cuvinte cu semnificație precisă.

- Rolul părinților este să observe evoluția copilului conform cu cele de mai sus; să realizeze condițiile pentru dezvoltarea lui normală și să-l ajute pentru aceasta. Mama va fi aceea care îi va zîmbi, îl va lua în brațe, îi va vorbi (cât mai mult), îi va oferi jucării, ajutându-l să se joace, îl va ajuta să-și însușească diferite poziții, îi va cânta, iar mai târziu îi va spune povestiri scurte.

- Dacă copilul nu reușește cele de mai sus la timpul arătat, nu înseamnă că el nu vrea; probabil că sistemele nervoase și musculare nu au dezvoltarea corespunzătoare sau că este suferind, fapt pentru care trebuie cerut sfatul medicului pediatru.

- Pentru a evita apariția unor curburi ale coloanei vertebrale, părinții vor asigura copilului o poziție corectă în timpul mesei, să doarmă pe un pat tare, cu saltea umplută cu iarbă de mare și fără pernă.

2 Dezvoltarea psiho-motorie a copilului de 1-3 ani

- Creșterea în greutate este în medie de 250 g pe lună până la 2 ani (3 kg în anul al II-lea). Între 2-3 ani crește cu 150-200 g lunar (2 kg pe an).

- Creșterea în înălțime este, în medie, cu 1 cm pe lună (10-12 cm în anul al II-lea) de la 1 la 2 ani. În anul al III-lea, numai cu 6-8 cm pe an.

- Dentiția:

La 12-18 luni apar primii molari (4). La 18-24 de luni apar 4 canini. La 24-30 de luni apar 4 premolari secunzi.

Dentiția de lapte se schimbă între 6 și 13 ani.

Dezvoltarea morfofuncțională constă mai ales în desăvârșirea funcțiilor organismului; masticția și digestia permit trecerea treptată spre o alimentație de tipul copilului mare și a adultului.

Dezvoltarea psihomotorie și intelectuală face progrese rapide și deosebit de importante.

La 15 luni. Merge bine, fără sprijin. Știe să se servească de lingură. Pronunță 5-10 cuvinte. Arată corect ochii, nasul etc.

La 18 luni. Urcă scara ținându-se cu o mână, dar o coboară tiris. Se hrănește singur cu lingura. Are un vocabular de 10-25 de cuvinte.

La 21 de luni. Merge liber, sub supraveghere. Combină spontan 2-3 cuvinte. Defecația este perfect reglată.

La 2 ani. Suie și coboară scara singur. Face propoziții din 3-4 cuvinte. Se joacă cu alți copii. Vorbește despre el la persoana a treia („el”) sau folosind prenumele.

La 2 ani și jumătate. Merge pe virful degetelor. Are un vocabular de 150-200 de cuvinte, pe care le folosește corect. Își spune prenumele și numele corect. Recită poezii scurte.

- Dezvoltarea vorbirii și afectivității copilului.

Dezvoltarea normală a vorbirii trebuie să fie o preocupare permanentă a mamei. Legată de dezvoltarea vorbirii este și dezvoltarea gândirii. Cea mai bună metodă pentru stabilirea vorbirii este ca mama și ceilalți membri ai familiei să-i vorbească cu orice prilej: baie, joc, alimentație etc., dar să nu întrebuințeze cuvinte greu de pronunțat pentru copil și stilcitate. Familia se va preocupa să-i provoace stări afective pozitive, care-l vor determina să primească cu plăcere ce i se oferă. Grijă de a crea copilului o stare de voie bună trebuie să fie permanentă, chiar de la nașterea lui. Copilul care este părăsit singur în pat, fără să i se vorbească, fără să i se facă jocuri, fără să i se arate dragoste, devine trist, supărațios, nu se dezvoltă normal nici fizic și nici din punct de vedere al inteligenței și al afectivității.

3. Preșcolarul (Copilul de la 2 1/2-3 ani până la 6-7 ani)



● Creșterea are un ritm lent (în greutate, în medie cu 2 kg pe an, iar în lungime cu 5-7 cm pe an). Ca urmare, greutatea la 6 ani este de 6 ori mai mare decât la naștere iar înălțimea de 2 1/2-3 ori.

● Primul dinte definitiv (primul mare molar) apare la 6-7 ani, iar incisivii mediani (definitivi) apar în jurul vârstei de 7 ani.

● Activitatea psihointelectuală face progrese mari.

La 2 1/2—3 ani apare conștiința personalității (copilul nu mai vorbește despre el la persoana a 3-a);

La 4—5 ani se dezvoltă gândirea condiționată (de ce?).

La 5 ani vorbirea este de acum „colorată”, cu un vocabular foarte bogat, în funcție de capacitatea individului și de gradul de instruire a persoanelor care se ocupă de copil. La această vârstă vedem clar saltul pe care l-a realizat psihic, prin acumulări treptate.

La 6—7 ani se dezvoltă atenția voluntară, ceea ce permite procesul de instruire școlară.

● Mediul familial este tot atât de important ca și la copilul mic pentru formarea caracterului și personalității preșcolarului, ca și pentru educația lui. Părinții și familia sunt aceia pe care copilul îi adoră și pe care îi imită în toate acțiunile și în comportarea lui.

● Durata somnului este de 14 ore pe zi (dintre care 2 ore în cursul zilei, după masa se prinz).

● Cu răbdare și perseverență, părinții, îndeosebi mama, se va ocupa de formarea bunelor deprinderi ale copilului de a fi curat, ordonat, de a nu căpăta mici năravuri care pot deveni tulburări de comportament. Supravegherea permanentă, regularitatea programului de joc, de alimentație, de somn, îngrijirile igienice ce i se dau, atmosfera de calm și blîndețe din familie sînt cele mai bune mijloace de formare a bunelor deprinderi, de prevenire a accidentelor, a nervozității, a reacțiilor de negativism atît de frecvente la această vîrstă.

● Este necesar ca, la intervale regulate de timp, mama să meargă cu copilul la consultații de puericultură. Numai medicul va aprecia starea de

sănătate și evoluția fizică și psihomotorie a copilului, urmînd ca mama să respecte indicațiile primite.

● Rolul jucăriilor în „primii 3 ani de viață:

Jucăria este un tovarăș nelipsit al copilăriei, de la cea mai trăgădă vîrstă pînă la anii de școală. În copilăria mică sînt deosebit de necesare jucăriile, mereu altele în raport cu vîrsta.

În primul an de viață copilul nu are nevoie de jucării complicate sau scumpe. El poate fi ușor mulțumit. O simplă zornăitoare sau un cub, biberonul, obiecte care-i sînt la îndemînă, totul îl interesează, îl ajută să cunoască lumea din jurul lui.

Pînă la un an inelele, bilele sau clopoștii care se atîrnă la pat, jucăriile viu colorate, strălucitoare care produc sunete plăcute, sub formă simplă și atractivă, stimulează mișcările (apucarea, aruncarea).

În jurul vârstei de 7-8 luni țarcul devine un cadru interesant și un mijloc de stimulare psihică dacă i se pun înăuntru cuburi, jucării simple, mici, de material plastic, iar pe latura lui se vor lega obiecte mici colorate.

Din al doilea an de viață, cînd copilul începe să se „deplaseze” prin tirire, se cățără, merge, sînt necesare jucării adecvate. La această vîrstă îi place să tragă un camion sau o mașină mică, să poarte un ursuleț sau o păpușă prin cameră, să umele și să golească vase cu nisip.

Către vîrsta de 2 ani este util să aibă la îndemînă mai multe jucării, copilul fiind curios și interesat să ia din grămadă o anumită jucărie pentru a o examina și minui. Cuburile devin jucării foarte necesare pentru perfecționarea gesturilor de apucare și precizia mișcărilor. Mersul și alergarea sînt stimulate prin mingi și bile mari, jucării mobile, care contribuie la coordonarea mișcărilor, la orientarea în spațiu.

La 2 ani îi place să împingă un camion, o mașină sau un tren, pilotîndu-le. Jocul cu cuburile este foarte agreat. Alături de acestea, nisipul este o „materie primă” folosită cu multă plăcere pentru construcții.

Între 3 și 4 ani dezvoltarea imaginației și a imitației determină pe copil să folosească mai multe jucării, care reprezintă activități cotidiene; fetele folosesc mașini de gătît, mobile, iar băieților le plac mult mașinile, ciocanul, clestele etc.

Din studii de specialitate s-a constatat că acei copii care au fost lipsiți de posibilitatea de a se juca prezentau o imaginație mai săracă și o personalitate mai puțin încheagată. Jocul și jucăriile sînt cele care oferă copiilor o sursă nelimitată de impresii, emoții, care le dezvoltă cunoașterea și personalitatea.

Cerințele igienice ale jucăriilor:

Jucăriile, oricît de frumoase și educative ar fi, pot fi dăunătoare sănătății dacă nu îndeplinesc anumite cerințe igienice. Ele pot transmite unele boli infecto-contagioase, mai ales cînd nu sînt curățate periodic de praful și murdăria în care se găsesc mulți microbi. În plus, jucăriile pot produce diferite accidente - lovituri, răniri, înțepături, tăieturi - dacă au colțuri sau virfuri ascuțite. Ele trebuie să fie destul de mari pentru a nu putea fi înghițite, introduse în nas sau în urechi și să nu aibă părți detașabile.

Îndepărtați imediat jucăria care, dusă de copil la gură, își pierde culoarea, ca și jucăria a cărei vopsea se cojește sub dinții sau unghiile acestuia. Nu-i dați voie să folosească jucării rupte, dezlipite, mai ales dacă sînt metalice, pentru a preîntîmpina accidentele.

Cea mai bună dezinfecție se obține prin spălarea cu apă caldă și săpun, urmată de clătire cu apă, la robinet. Acest procedeu trebuie folosit zilnic, uneori mai des, cît timp copilul este mic. Cele care nu se pot spăla trebuie scuturate periodic și șterse cu grijă de praful, iar hăinuțele păpușilor din timp în timp.

Grupaj realizat de
Tereza BUDURA și
Lucia PIETRARU
Institutul de igienă
și sănătate publică București



ADOLESCENȚA, VÎRSTA DE AUR

Adolescența e momentul uluitor, fascinant, al trecerii de la miracolele copilăriei, de la decorurile familiale devenite înguste și mici, la tumultul vieții, al omenescului în întregul său. Nu întâmplător poetul adolescent al adolescenței leagă lumina aspră a zilei și omenescul într-un tot care e în fond menirea noastră. Înarmarea cu lumina zilei pentru a descifra și, în cele din urmă, pentru a iubi omenescul în toate dimensiunile sale este cerința majoră, dificultatea profundă, cucerirea supremă a adolescenței.

Adolescența este un stadiu calitativ nou în perpetua mișcare care e viața. Acest stadiu e pregătit treptat în laboratorul biologic al ființei și se completează cu dimensiunea tulburătoare a psihicului, se coace la flacăra nestinsă a căminului și societății pentru a izbucni puternic, ca o corolă de floare, în lumina mereu nouă a experienței fiecăruia.

Tulburător proces, al cărui complexitate, amploare, ecou, importanță și răsunet pentru întreaga viață interioară nu se poate compara cu nimic dinainte, cu nimic după. Reușita în cucerirea și trecerea acestui stadiu este quintesența echilibrului și creativității, realizării personalității umane; eșecul este mai mult decît dezamăgirea unui individ sau a unei familii: este o întunecare a omenescului însuși.

Aceasta este cauza pentru care din timpuri străvechi omenirea a consacrat solemnități și ritualuri laice și religioase pentru a consfinți trecerea copiilor, băieți și fete, în rîndul adulților. Societățile și orînduirile mai puțin complexe decît cea prezentă imaginau modele pe măsură, stabileau ierarhii de valori, norme și probe pe care viitorul adult trebuia să le treacă după o atentă inițiere în cadrul colectivității. Reușita era un moment de sărbătoare a tuturor.

Societatea contemporană, mult mai complexă decît tot ce ne-a precedat, nu mai poate imagina un model simplu și o inițiere rapidă în viața adultă. Adolescența este astăzi nu un moment ușor modelabil, ci un proces cu atîtea fațete cîte chipuri surîzătoare și pline de forța tinereții o asaltează și o depășesc pentru a se încarda cu partea lor de putere și dăruire, de dragoste și înțelepciune, în torentul mereu improspătat al vieții.

Să lăsăm ca acest proces să se implinească spontan, de la sine, să nu ne pese de eventualele naufragii sau să veghem și să corectăm strict, constrîngător, încercările de a ieși din tipare, încercări atît de caracteristice adolescenței? Întrebătoare și meditativă ea însăși, adolescența continuă să furnizeze material pentru profunde întrebări și meditații, să genereze dileme și să pretindă soluții din partea aceloră, care, dorînd să o îndrume, vor, în același timp, să ocolească capcanele generatoare de conflicte între generații.

Individul însingurat, revoltat și inadaptabil — pe care îl exaltă atîtea ideologii sau literaturi ale absurdului, ale angoasei, ale alienării — își hrănește nemulțumirea din lipsa de înțelegere a unor

„Ca să iubesc lumina aspră a zilei
Și tot ce-i omenesc, născut eu is...”
N. Labiș — „Maturizare”

societăți nedrepte față de tînrul în devenire, căruia, în pragul afirmării sale, i se refuză căile armoniei și dreptății, ale sincerității și adevărului de care adolescența, în puritatea ei specifică, este însetată.

În societatea noastră socialistă, idealurile umane au pășit din sfera sterilă a abstracției pe drumul ferm al realității, generînd acele condiții de viață, de muncă, de educație, de împlinire a personalității care să permită adolescenței să fie vegheată atent, fără silnicie, stimulată în ceea ce are valoros, călăuzită către maturitate pe drumul realizării individuale, atît de dragă oricărui tînr, ca expresie a realizării sociale, a omenescului în întregul său.

Părinți și educatori, medici și antrenori sportivi, organizații de masă și obștești, și în primul rînd organizația revoluționară a tineretului patriei, constituie, împreună, în rodnică conlucrare, factorii sociali chemați să vegheze, să orienteze și să stimuleze dezvoltarea armonioasă a adolescenței. Originalitatea și dorința de afirmare individuală — trăsături specifice adolescenței — se pot manifesta cu adevărat numai în climatul favorabil al colectivității active, creatoare ea însăși.

Adolescența are frumusețea purității primei iubiri și a prieteniei pentru o viață întreagă. În fragilitatea și prospețimea ei ascunde obsesia absolutului, dorința de sentimente stabile, fiind mai puternic zguduită decît alte vîrste de minciună, de compromisuri, de ipocrizii și arivism. Dezamăgirile ei pot fi zgomotoase, pot genera revoltă și nemulțumire durabilă cu efecte nocive asupra evoluției viitoare, de aceea nu există greșală mai mare în domeniul educației și formării tinerei generații decît duplicitatea, lipsa de fermitate morală, desconsiderarea adevărului.

Adolescența, cu întregul ei alai de sănătate, frumusețe, angajare și performanță, putere de dăruire și de creație, reprezintă lumea de mine. Ea depinde mult de lumea de azi în ceea ce privește zestrea ei de pregătire profesională, afectivă, morală, ideologică.

Sucesiunea generațiilor e neconținută și uneori imperceptibilă ca și timpul care există și în care existăm adesea fără a conștientiza acest lucru. Să nu uităm însă că această succesiune presupune permanent și pentru fiecare trecerea pragului minunat al adolescenței. Să luptăm ca această trecere să fie mereu un succes pentru individ și pentru societate, să veghem ca peste acest prag generațiile să-și întindă mina cu înțelegere și prietenie.

Lector univ. Elena POPOVICI,
doctor în filozofie



VIAȚA LA 15 ANI

Adolescența este perioada de trecere dintre copilărie și vîrsta adultă și se caracterizează prin momente de intensă dezvoltare fizică, psihică și socială. Această perioadă se desfășoară începînd cu 13 ani la fete și 15 ani la băieți și se încheie în jurul vîrstei de 18 ani.

Adolescența este definită de:

- dezvoltarea biologică a caracterelor sexuale primare și secundare pînă la deplina maturitate sexuală;

- dezvoltarea psihică, de la caracteristicile cognitive și afective ale copilăriei pînă la caracteristicile vîrstei adulte;

- trecerea de la starea de totală dependență socio-economică, la o stare de relativă independență prin alegerea unei profesii.

Deci, în această perioadă de trecere are loc adaptarea la transformările anatomice și funcționale legate de pubertate, ajungîndu-se la integrarea maturizării sexuale în modul de comportament individual.

Capacitatea fizică și intelectuală a adolescentului, de obicei încă școlar, se dezvoltă mult. În consecință, organismul poate face față treptat la activitățile teoretice și practice tot mai complexe și mai dificile, impuse de o bună pregătire pentru muncă și viață. Aceasta poate fi exemplificată astfel:

- forța musculară a băieților crește pînă la 90 la sută din forța adultului la vîrsta de 18 ani, în timp ce la fete ea ajunge pînă la 60 la sută la aceeași vîrstă;

- activitatea mentală este însoțită și ea de modificări funcționale ale organismului: creșterea tonusului muscular, a excitabilității neuromusculare, a activității tiroidei și suprarenalei.

Pentru a păstra o cît mai bună stare de sănătate la adolescență, trebuie să se respecte toate regulile de igienă privind activitatea teoretică și practică a elevilor de această vîrstă. Trebuie respectate cerințele ergonomice pentru adolescenți, începînd cu dimensiunile locurilor de muncă, poziția de lucru, mobilierul, condițiile de temperatură, ventilație, iluminat, zgomote și vibrații și continuînd cu dozarea justă a efortului în raport cu curbele fiziologice de efort zilnice și săptămînale, precum și în funcție de nivelul funcțional caracteristic vîrstei adolescenților. Cu alte cuvinte, trebuie să se respecte un regim fiziologic de activitate și odihnă a adolescentului, care va fi așezat într-un mediu generator de sănătate, în care să fie reduși la minimum factorii nocivi.

Deși la adolescență bolile transmisibile sînt mai puțin frecvente, deși deseori adolescenții își ignoră unele suferințe declarîndu-se sănătoși, examenele de bilanț depistează alterări ale sănătății. Statisticile comparative ale consultațiilor medicale solicitate la adolescență privesc problemele medicale (acnee, cefalee, afecțiuni gine-



cologice, neglijență dentară, tulburări de creștere) și problemele psihosociale (suprasolicitare și stres, tulburări ale stării de nutriție, stări depresive, oboseală și tulburări de somn).

În adolescență apar frecvent tulburări în comportamentul față de propria stare de sănătate, izvorîte dintr-o greșită înțelegere a adevăratei maturizări, concretizate prin consum de țigări, alcool și sfidarea regulilor de circulație. Aceste comportamente nocive pot fi evitate dacă educatorii le arată adolescenților riscurile la care se expun și perspectivele grave pentru sănătate ca urmare a desconsiderării factorilor de risc enunțați.

În legătură cu noncoformismul adolescenților, menționăm necesitatea unei supravegheri continue a respectării regulilor de igienă individuală și de protecție a muncii, ce trebuie transformate în obișnuințe.

Numai combinînd atitudinea profilactică susținută cu tratarea eficientă a stărilor patologice se poate realiza ca adolescența să devină o „perioadă a sănătății”.

Dr. Nicolae GHELMEZIU

FEMINITATEA ȘI ADOLESCENȚA



Copiii mici nu se sinchisesc de faptul că sînt băieți sau fete. Există însă o continuă atenționare asupra acestor atribute făcute de cei din familie, de pe stradă, din grădiniță.

- Trebuie să fii mai liniștită, ești doar fetiță, se spune, adeseori.

- Nu te purta ca o fetiță, ești doar băiat.

Există în această atenționare o difuză și latentă educație socială privind statutul și rolul comportamentelor celor două sexe.

Între 7 și 8 ani apar diferențe de creștere și de comportament mai evidente ale maturizării ce începe și a numeroaselor atenționări corectoare de felul celor evocate mai sus. Mai tirziu, în perioada pubertății (10-14 ani) și a adolescenței (14-18 ani), schimbările devin profunde, are loc o adevărată revoluție hormonală, apar caracteristicile secundare și apoi cele de bază ale maturizării. Apare menarha, ciclul la fete, se manifestă semnele erotizării conduitei la băieți, chiar dacă există o diferență de cîțiva ani de avans la fete. Schimbările sînt atît de mari, încît se vorbește despre adolescență ca despre o a doua naștere a omului.

Adolescența este întîi un copil-femeie și abia după aceea o tinăra femeie. Femenitatea se dezvoltă ca expresie discretă a statutului și rolului impregnate natural de toate aceste schimbări și de influențele ce le-au condiționat. Femenitatea, eterna feminitate, a evoluat și s-a diversificat pe plan socio-istoric datorită schimbărilor situației sociale a femeii. Totuși, modelarea siluetei impregnează o grație naturală mișcărilor; catifelarea pielii, ce dă un aspect marmorean feței și

conservă adeseori o coloristică naturală transparentă și fină, dă o frumusețe deosebită reacțiilor mimice, părul, devenit mătăsos sau aspru dar strălucitor, capătă o culoare unică; genele, buzele, talia, gamba capătă dimensiuni și proporții noi, grație și prospețime. În acest context situațional, oglinda capătă o importanță majoră în viața tinerelor fete; ea permite să-și scruteze amănuntele feței, ale ochilor (ignorare pînă atunci) și alte amănunte legate de înfățișarea și de „schema corporală”. Se zîmbește în zeci de feluri în oglindă, se fac grimase. Oglinda ajută la formarea imaginii de sine, dar și a idealului de sine ca înfățișare. În general, unele tinere, cărora imaginea proprie din oglindă li se pare acceptabilă (adică relativ aproape de idealul de sine), devin atente mai ales la acele însușiri ce au fost remarcate și de cei din jur ca deosebite. Pe acestea le interesează însă conduitele, păstrarea unei înfățișări plăcute. În cazurile de neconcordanță între imaginea din oglindă și imaginea despre sine (ca și idealul de sine) tinerele fete încep să se preocupe, de mici retușuri, de pieptănătură, de ajustări generale. Le preocupă aspectele ponderale, cele ale siluetei, dar și fardurile, vestimentația, apele de toaletă etc. Se vorbește de un narcisism puberal (mai accentuat la fete) și, fără îndoială, acesta poate să fie critic, îngăduitor față de sine, dar poate avea uneori și efecte devastatoare. În orice caz, toate retușurile sînt subordonate, inconștient sau discret conștientizat, dorinței de a apărea agreabilă în fața celorlalți, ceea ce înseamnă, în esență, nu numai un interes corescut pentru imaginea corporală, ci și pentru ameliorarea sinelui social și al celui spiritual. Sinele social se exprima mai ales prin caracteristici de personalitate în relații cu cei din jur, de pe stradă, din colectivitate etc. Sinele spiritual este „sanctuarul emoțiilor și dorințelor”, este cel ce face investiții psihice, coordonează atitudinile, replicile, conduitele ca rezonabile și adaptate. Între 11 și 13 ani are loc o căutare asiduă de sine, apoi se conturează afirmarea de sine, uneori stingace, alteori brutală și au loc, în acest context, unele conflicte de afirmare, crește cerința de emancipare și se intensifică integrarea în generație, în modelele și în stilul ei de a se comporta.

Au mare importanță modelele feminine de referință, în primul rînd cel al mamei, apoi și modele feminine remarcabile întîlnite în viața de toate zilele, în literatură sau în filme. Dacă aceste modele sînt marcate de imaginea feminină tradițională, identificarea poate fi mai tensională, în primul rînd pentru că fluxul progresu-

lui devalorizează tot mai mult acest model (risc de desuetudine și singularizare) și, în al doilea rând pentru că acest model în descreștere este supus la tot felul de contaminări, ce-i creează momente numeroase de neadaptare. Tinerele din această categorie sînt centrate mai mult pe latura feminină a înfățișării lor, sînt preocupate de probleme gospodărești și de cele privind căsătoria. Din aceste motive au prietenii puține, conduite relativ rezervate și au un stil de viață ordonat și serios, responsabil.

Tinerele care se raportează la un model feminin modern suportă mai ușor procesul de constituire a identității corporal-materiale. Uneori trec la excese cosmetice și excentricități de îmbrăcăminte. În genere, aceste tinere au o mai lejeră intercorelare cu tinerii, au prietenii mai numeroase și variate și pot avea fie un stil egalitar, colegial cu băieții, fie o conduită încărcată de o oarecare cochetărie, ce poate fi discretă, dar uneori mai puțin discretă. Există un grup de tinere fete care trăiesc sentimentul egalității și chiar al unei superiorități față de colegii lor, ies mult în grupuri mixte, se poartă băiețește (tot o cochetărie), fiind reținute totuși în interrelațiile ce depășesc o anumită graniță de prietenie. Ele se află, de cele mai multe ori, în competiție loială cu colegii lor și își aleg în genere profesii ce sînt încă nefeminizate. Există și stiluri mixte, cum ar fi acela cînd tinăra fată realizează o identificare modernă socială iar pe planul imaginii corporale are o identificare mai mult sau

mai puțin tradițională. Diferențele sînt relativ evidente la tinerele de la oraș și cele din mediul rural. Feminitatea a adus oricum în climatul vieții sociale numeroase schimbări, și, complementar, o schimbare și în caracteristicile masculinității.

Tinerele fete sînt, în genere, mai interesate de înfățișare, de semnificația conduitelor, au un mai mare spirit de ordine, de curățenie, o mai mare intuiție, sensibilitate și un mai dezvoltat simț lucid, un mai mare grad de romantism și de curiozitate. Cantitatea mare de abilități manuale fine și suple ce le caracterizează, perseverența și spiritul de competiție le-au făcut utile în profesiuni mai importante (industria de microprocesoare, industria electronică, cercetare în laborator, proiectare, arhitecte de interioare etc.). Feminitatea adolescentelor cuprinde și o mare dorință de afecțiune, dar și de a fi protejate, ajutate, de a crea surprize și bucurii. Există în toate acestea germele tandreții maternale viitoare. Să nu uităm însă că tinerele fete sînt procentual de 3 ori mai mult depresive, sensibile, nervoase, și cam tot de 3 ori mai puțin agresive decît adolescenții. În genere, tinerele fete suportă mai greu „șocul realității”. Învațînd lecția competiției și a egalității sociale, feminitatea adolescentelor ne învață, la rîndul ei, că drumul spre imaginea omului nou, deși este greu, poate fi împodobit cu flori.

Prof. univ. Ursula ȘCHIOPU,
doctor în psihologie

CREDULITATE

Se povestește că, prin anul 1850, marele clinician francez Barthez se afla într-o călătorie de studii și consultații la Bordeaux (Franța) unde s-a instalat la cel mai mare și luxos hotel din oraș.

A doua zi, dis-de-dimineață, îl deșteptă o forfoteală de pași numeroși care urcau și coborau scările. Cum zgomotul și tropotul nu se isprăveau, doctorul Barthez se sculă și se duse să afle pricina zgomotului. În fața camerei lui, văzu o mulțime de oameni, care așteptau în fața ușii de vizavi, pe care era fixată o firmă: „Consultațiuni medicale de la... pînă la...”

Azi așa, mîine așa, poimîine la fel, pelerinajul la ușa vestitului și fericitului coleg nu se termina. Fiind foarte curios și nedumerit, Barthez întrebă la hotel cum îl cheamă pe confrate. Atunci află că era renumitul doctor Laurent.

Dorind să-l cunoască pe acest

celebru coleg, neștiut de el, Barthez începu să-l pindească pe sală, pînă ce într-o zi l-a surprins cînd își conducea un client. Barthez se uită surprins, lung la Laurent și Laurent la Barthez. Și pe fețele amîndurora se zugrăvi expresia celei mai mari nedumeriri și mirări.

- Cum, tu ești Laurent? strigă Barthez uluit, deoarece îl recunoscuse pe un fost servitor de-al său.

- Da, domnule profesor, eu sînt.
- Dar de cînd ești tu doctor? Unde ai învățat și cum ai luat diploma?

- În casa și în serviciul dumneavoastră, domnule profesor, și să vedeți cum. În timpul consultațiilor pe care le făceați, eram ochi și urechi la sfaturile și prescripțiile dumneavoastră. Totodată ascultam și ce spuneau bolnavii, afară sau în cabinet. Așa am învățat pe dinafară o mulțime de rețete și recomandări folositoare. Vedeți că mi-au prins bine.

- Ei, Laurent, răspunse doctorul Barthez. Nu mă mir atît de dibăcia ta cît de succesele colosale de clientelă pe care le ai. Cum ai reușit? Eu sînt aici în Bordeaux, de trei săptămîni și încă nu a venit nici un bolnav să mă caute!!!

- Dați-mi voie, domnule profesor, să mă mir și eu că nu cunoașteți așa de bine oamenii pe cît sînteți de bun cunoscător în ale medicinei. La populația orașului de 200 000 de oameni, cîți dintre aceștia credeți că se pricep? Cel mult 2 000-3 000. Ei bine, domnule profesor, aceștia vă știu și vă apreciază marile dv merite. Restul de 197 000 vă spun eu că sînt creduli. Lumea, domnule profesor, este aceeași pretutindeni: la Paris ca și la Marsilia, la Bordeaux ca și la Lyon. Eu le promit cîte în luna și în stele și ei mă cred. Dumneavoastră nu le promiteți decît ceea ce se poate și de aceea nu sînt mulțumiți!

ACNEEA JUVENILĂ

Dermatoză a adolescenței, acneea juvenilă este o afecțiune foarte frecventă, cu debut la vîrsta pubertății, evoluind în pusee, atenuindu-se și/sau dispărînd către vîrsta de 25 de ani. Mecanismele etiopatogenice ale bolii sînt în mare parte cunoscute, survenind de regulă pe un teren predispozițional, rareori cu caracter ereditar-familial, într-o etapă de modificare morfofiziologică a organismului, de maturizare a acestuia.

Tumultului pubertar și simplei seborei, cauze frecvente ale acneei juvenile, supraadăugarea unor neglijențe de ordin igienico-alimentar, precum și coincidența nefericită a unor focare microbienne (nas, gît, dinți, piele), a unor tratamente prelungite cu medicamente (conținînd iod, brom, Fenobarbital etc.), a unor stări consumptive (emoții prelungite, stres), fac, adesea, ca boala să capete o evoluție cu urmări neplăcute privind estetica individuală.

Deși, din punct de vedere clinic, acneea juvenilă se caracterizează prin polimorfism lezional, aceasta își are sediul pe față, umeri, toracele anterior, spate - zone cu mare densitate pilosebacee. Leziunile constau în comedoane, papule roșii foliculare, pustule, noduli inflamatori pilo-sebacei și chiar abcese dermo-epidermice, chiste sebacee, singure sau asociate. Comedoanele, punctele negre ale feții, spatelui și regiunii presternale sînt dopuri rezultate din sebumul excesiv și celule exfoliate din canalele sebaceo-pilare, culoarea cenușie-neagră a acestora fiind dată de oxidarea sebumului.

Factorii implicați în producerea acneei juvenile sînt diverși:

- Producția exagerată de grăsimi (seboreea) are cauze fiziologice și patologice multiple. Adesea, avînd caracter familial, hiperseboreea apare la pubertate ca urmare a modificărilor neuro-hormonale. Prin intermediul hormonilor gonadotropi hipofizari se produce stimularea androgenică cortico-suprarenaliană, fapt observat adesea postterapeutic (erupția acnelor după tratament prelungit cu Cortizon, ACTH) și tiroidiană (modificările metabolismului bazal), ceea ce conferă și un caracter psihosomatic acestei dermatoze.

- Tulburările de nutriție, tot mai des implicate în producerea lipidozei, baza hiperseboreei: excesele alimentare în lipide, glucide, ca și tulburările de metabolizare ale acestora (favorizate de sedentarism, stres psihic etc.), coroborate deseori cu hipovitaminoze B₂, B₆, B₁₂ și H (vitamină antiseborică), ce se produc în cursul unor afecțiuni digestive (gastrocolite, colită ulcerativă și depapilantă, apendicită) care, netratate, conduc la patogenia bolii.

Tratamentul acneei juvenile impune obligatoriu solicitarea medicului specialist, care va indica și supraveghea conduita terapeutică de la caz la caz. Se va urmări combaterea seboreei, a infecțiilor supraadăugate și corectarea unor deficiențe, care se vor materializa în administrarea unui tratament general complex cit și a unui local.

- Tratamentul local constă în prescrierea și aplicarea unor substanțe antiseborice, dizolvanți ai sebumului.

- Seara: Spălarea feței cu apă caldă și săpun acid sau cu sulf, gudroane sau băi de abur, comprese calde cu infuzii (de mușetel, tei) urmate de ștergerea cu soluții dizolvante ca: alcool 70°, eter, acetonă, aa 50 g; acid salicilic 1 g, alau 2 g, alcool 70° 100 g; acid salicilic 1 g, rezorcina 2 g, alcool 70° 100 g. După folosirea loțiunilor dizolvante și astringente se va aplica o cremă uscată (pentru ten gras) pe bază de: stearat, glicerină aa 10 g amoniac 10% 3 g, apă distilată 70 g, eventual cu antibiotic - Eritromicină 2 g, Hidrocortizon III fiole. Pentru tenul uscat se vor folosi creme semigrase, ca: stearină 17 g, amoniac 10% 3 g, glicerină 60 g, lanolină, apă distilată aa 10 g, Eritromicină 2 g, Hidrocortizon III fiole. Se pot aplica (după spălare) băi de abur sau comprese, măști absorbante, cel mai des fiind folosite formulele: caolin 40 g, carbonat de Mg 7 g, amidon 3 g, apă distilată q.s. pentru pasta moale sau: Eritromicină 2 g, Hidrocortizon III fiole, vitamina A soluție hidrosolubilă 1 fiolă, talc, acid de zinc, glicerină a.a. 20 g, apă distilată q.s. pentru pasta moale.

- Dimineata: Se spală fața cu apă caldă, cu sau fără săpun, după care se șterge din nou cu soluție astringentă. Se vor folosi la ștergerea feței comprese, care, fiind mai aspre, vor curăți și mecanic fața. Operația de ștergere a surplusului de sebum (în special pentru tenul gras) se va repeta în timpul zilei. Se va proceda la extracții aseptice ale comedoanelor, cu extractor special. Pentru unele forme se recomandă tratamente fizice locale, cum ar fi: masaje ale feței o dată pe săptămînă și aplicarea de substanțe astringente după băile de abur; pentru formele indurate - aplicații crioterme cu zăpadă carbonică.

- Tratamentul general va urmări:

- Diminuarea consumului lipidoglicidic (unt, untură, maioneză), evitarea sedentarismului și a stărilor prelunge de stres emoțional, plimbări în aer liber, cîteva mișcări de gimnastică.

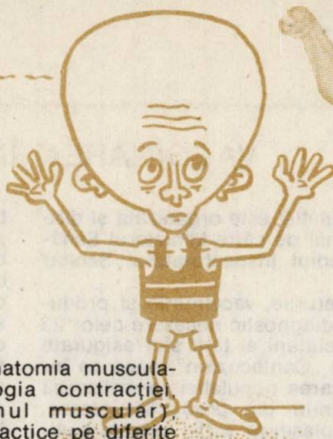
- Corectarea carențelor vitaminice prin administrarea vitaminelor din grupa B, Vitamina A, a unor oligoelemente (Ca, Mg, K), dieta bogată în fructe și zarzavaturi fiind indicată la adolescenții predispuși la obezitate.

- Corectarea tulburărilor gastro-colitice, urmînd sfaturile medicului, asanarea focarelor de infecție din nas, gît și dinți.

Dr. Vasile GRĂDINĂ



CULTURISMUL ȘI VIAȚA MODERNĂ



Dezvoltarea științei și tehnicii a dus treptat la înlocuirea efortului fizic din activitatea productivă cu efortul intelectual creativ, aducând în centrul atenției pericolul sedentarismului.

În acest context era firesc ca viitorologii anilor 1955-1957 să vadă în mod tragic evoluția corpului uman și a performanțelor sale fizice. Ei presupuneau o atrofiere treptată a musculaturii, cu o reducere globală a scheletului și a taliei, în special a membrelor, reducerea numărului degetelor de la miini și picioare, o creștere a volumului cerebral și, respectiv, a craniului, dar reducerea mandibulei, rărirea pînă la dispariție a părului etc. Oricît de inteligent putea să fie omulețul viitoarelor milenii, aspectul său era grotesc. Această imagine jalnică rezulta, conform legilor evoluției, din lipsa de activitate fizică și de solicitare a diferitelor organe sau aparate și, în aparență, se baza pe o argumentare logică, dar simplistă, unilaterală.

Ca o reacție la sedentarismului impus de viața modernă, sportul cîștigă din ce în ce mai mult aspectul unui fenomen de masă: apar crosuri, maratonuri, concursuri de schi-fond cu largă participare, fără limite de vîrstă, în tot mai multe puncte ale globului. Gimnastica intră în programul cotidian, pătrunde în producție, în normele de conduită umană, devine o necesitate cotidiană.

La noi, Competiția națională „Daciada” a devenit forma de organizare a mișcării sportive de masă, care a căpătat o amploare fără precedent.

Printre sporturile care s-au născut ca o ripostă firească la sedentarism se numără și culturismul, poate cel mai complex și complet, care vizează direct dezvoltarea armonioasă globală a corpului uman. În culturism există o imbinare între cunoștințele

teoretice (anatomia muscularii, fiziologia contractiei, metabolismul muscular), exercițiile practice pe diferite grupe musculare și echilibrul psihic prin autocontrolul schemei corporale însușit prin exerciții sportive.

Din păcate, ca și în alte sporturi din sfera profesionismului, cum ar fi, de exemplu, în box și în culturism aspectul comercial al reclamei sau al profitului, al dompingului hormonal etc. a dus la multe aspecte negative, reprobabile, ce nu au nimic comun cu sportul în sine. Informațiile despre culturism au pătruns la noi mai ales pe calea reclamei, prin reviste, aducînd în prim-plan tocmai acest aspect comercial nedorit și dezavuat de toată lumea sportivă. Cum era și firesc, reacția generală nefavorabilă a dus la o penetrare și dezvoltare mai lentă a acestui sport, ale cărui valențe pozitive s-au dezvoltat abia în ultimii ani.

Spectacolul sportiv oferit de concursurile și campionatele de culturism desfășurate la noi au relevat pentru public armonia dezvoltării corpului uman și nu monstruozițiile realizate artificial prin efecte fotografice și, cel mai grav, prin administrarea de produse hormonale periculoase pentru organism.

Tineretul, în curs de dezvoltare corporală, este cel mai puternic atras de acest sport, fapt întru totul justificat, adolescența, cu precădere, fiind vîrsta cînd individul este preocupat în cel mai înalt grad de modul cum arată.

Culturismul nu se face însă numai de dragul performanței în sine, ci adesea pentru a pregăti grupele musculare specifice altui sport, pentru asigurarea condițiilor necesare performanțelor în alte

sporturi (halteră, lupte etc.).

Se remarcă încă un aspect: apropierea dintre recuperarea medicală prin sport și tehnicile de antrenament din culturism; de asemenea, trebuie subliniat faptul că antrenarea fizică, dublată de o bună cunoaștere a propriului corp, are un efect pozitiv deosebit asupra echilibrului psihic, efect folosit adesea pentru reintegrarea schemei corporale ca psiho-kineto-terapie în recuperarea nevrozelor.

Fără a exagera, credem că această disciplină sportivă — culturismul — se situează la confluența dintre sport și medicină, dintre armonia fizică și echilibrul psihic, dintre performanța sportivă și recuperarea medicală.

Într-o astfel de viziune, în condițiile oneste ale deplinei sportivități și a bunului simț, fără exagerări și reclamă, culturismul poate aduce o contribuție deosebită la dezvoltarea fizică și psihică armonioasă a tinerelor generații, la menținerea stării de sănătate și a capacității de muncă a populației. Dezvoltarea tot mai largă a acestui sport la noi în țară demonstrează, în plus, posibilitățile care există pentru practicarea sa.

Toate afirmațiile făcute cred că argumentează suficient ideea de a asocia practicarea culturismului celorlalte mijloace de dezvoltare și educare fizică a tineretului, de păstrare a stării sale de sănătate.

Dr. Virgil ENĂTESCU,
președintele secției
de culturism a Asociației
sportive „Sănătatea”
din Satu Mare

VACCINAREA ÎN ROMÂNIA

Vaccinarea populației este organizată și dirijată la nivel național de către Ministerul Sănătății, prin intermediul Inspectoratului Sanitar Central de Stat.

Practic, toate serurile, vaccinurile și produsele biologice de diagnostic necesare celor 23 de milioane de cetățeni ai țării sînt asigurate de către Institutul „Cantacuzino”, ceea ce înseamnă că imunizarea populației se realizează integral cu vaccinuri din producția internă. Țara noastră se plasează astfel printre puținele țări care își asigură integral necesarul anual de vaccinuri din producție proprie.

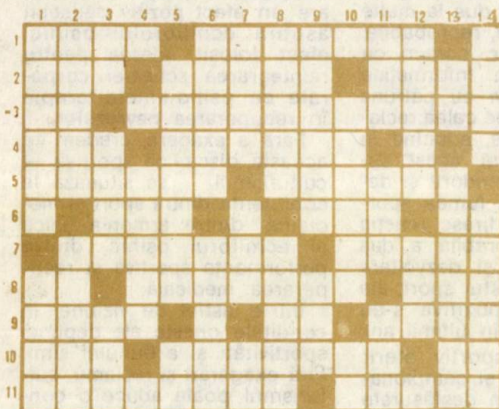
De altfel, România are o frumoasă experiență în combaterea prin imunizare a bolilor contagioase. Astfel, a rămas cunoscută în is-

torie medicinei și în literatura de specialitate „experiența românească” a combaterii **holerei**, boală care în cadrul pandemiei din anul 1913 cuprinsese și țărilor balcanice. Atunci, sub conducerea profesorului Ioan Cantacuzino, s-a trecut în mod științific și organizat la vaccinarea antiholerică în masă, care a dus la stingerea rapidă a epidemiei. Ca urmare a unui program național de combatere, apreciat de către specialiștii străini ca „un model”, **malaria** a dispărut practic din anul 1961.

Astăzi experiența înaintașilor este continuată cu fermitate, dovadă fiind incidența foarte scăzută a maladiilor contagioase.

C.P.

DESPRE VACCINĂRI



ORIZONTAL: 1) Sînt prevenite prin vaccinări - Bacteriolog german care, împreună cu savantul japonez Shibasaburo Kitasato, a descoperit vaccinarea prin toxină/ antitoxină contra difteriei și tetanosului (1890). 2) Organizația Mondială a Sănătății - Boală infecto-contagioasă, care poate fi prevenită prin vaccinare - „Per os”, așa cum se administrează la copii vaccinul antipoliomielitic Sabin. 3) Curie! - Boală infecto-contagioasă, a cărei profilaxie se realizează prin măsuri de ordin igienic, social și biologic (vaccinare cu B.C.G.). 4) Ambarcațiune folosită pe fluviul Gange - Medic englez, care a descoperit în 1796 vaccinarea antivariolică. 5) Localitate în Franța (depart. Marne) - Comitat în Irlanda de Nord. 6) „Consum imediat de oxigen” (abr. din piscicultură) - Marș! (reg.) - Patru roman. 7) Medic și chimist german care în 1908 a primit Premiul Nobel pentru lucrările sale privind imunologia - Bacteriolog român, reputat pe plan internațional pentru contribuții în domeniul poliomielitei, scarlatinei, ș.a. (Mihai). 8) Câțel! - Instrument

chirurgical, care se folosea la vaccinări - Resort. 9) Cu temperatură scăzută, așa cum trebuie să fie mediul în care se păstrează vaccinurile - Din plin! - Plisc. 10) Pește din Marea Neagră - Chimist și bacteriolog francez, care a pus la punct vaccinul anticărbunos și a descoperit și aplicat pentru prima oară vaccinarea antirabică (1885) - Beat. 11) Medic și bacteriolog francez, care în 1906 a descoperit, împreună cu Guérin, vaccinul antituberculos B.C.G. - Virusolog american, care, împreună cu I.E. Salk, a preparat vaccinul antipoliomielitic.

VERTICAL: 1) Medic și microbiolog belgian, care împreună cu O. Genou a descoperit bacilul tusei convulsive - Artificiu. 2) Sătul (reg.) - Una din beneficiarele vaccinării. 3) Culese! - Bacteriolog german, care a descoperit în 1882 bacilul tuberculozei și a preparat tuberculina - Animal de experiență, care, după hipermunizare cu anatoxină difterică, poate deveni sursă de ser antidifteric. 4) Mici ape curgătoare. 5) Infecție virală contagioasă care apare la vîrsta copilăriei - Peste. 6) Savant și bacteriolog român, cu contribuții importante la studiul turbării, difteriei, tuberculozei ș.a., care a introdus printre primii în lume vaccinarea antirabică și a pus bazele seroterapiei - Obişnuință. 7) Abanos - Document oficial - Sete! 8) Cîrnă (Olt.) - Localitate în R.F. Germania (Bremen). 9) Proaspăt - Pentru tine. 10) Gen de plante erbacee, din care unele medicinale - În plină tuse! 11) Localitate în Suedia - A forfoti - Strigătul corbului. 12) Morminte - „Uniunea Astronomică Internațională” 13) În fază! - Agenți ai bolilor infecțioase, împotriva cărora ne vaccinăm, în vederea obținerii unei imunități de protecție. 14) Debil, lipsit de rezistență la eforturi fizice și la boli - Produs biologic care administrat în organism determină formarea de anticorpi specifici, capabili să imunizeze organismul împotriva germenului respectiv.

Dicționar: DAK, ETOGES, ANTRIM, TIO, UVA, OMIAT, HÎRNĂ, HELTE, NOL

Dr. Nicolae ANDREI



PĂTRAT

1	2	3	4	5
2				
3				
4				
5				

ORIZONTAL ȘI VERTICAL

1. Micul amator de basme. 2. Timpul basmelor. 3. Locuință de basm. 4. Pantaloni din „Amintirile” lui Creangă. 5. Graiul românesc.

Petru AL. VASILESCU

Lecturi particulare



Profesorul îl întreabă:
— Ce-ai citit particular?
Ionel răspunde-n grabă:
— Despre „Micul sanitar”.

Explicație

„Mămica s-a bucurat
Cînd a văzut geamul spart,
Că a scăpat de spălat”,
I-a explicat Ionel
Unui puști mai mic ca el.

Margareta BARNA



Desen de Viorel SANDU

RĂȚOIUL DONALD

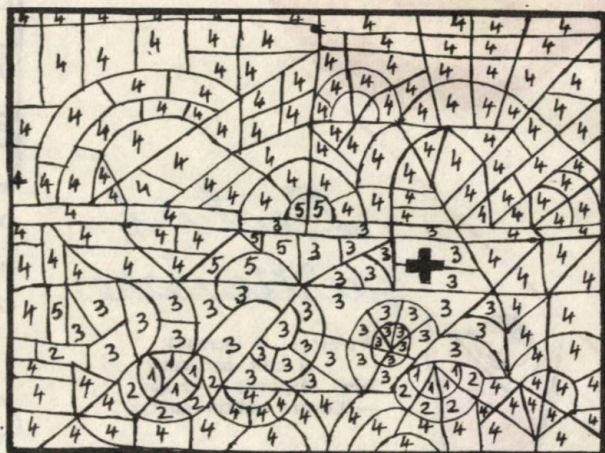
A plecat grăbit
Marele poznaș
Ieri cu bicicleta
Din sat spre oraș.

Văzînd o fîntînă
S-a dat jos din șa
Și cu lăcomie
A-nceput să bea.

Apa fiind rece
Și el transpirat,
Nu-i greu de ghicit
Ce s-a întîmplat.

În zadar încearcă
Să scape cu frecții;
Cred că o să-i treacă
Numai cu injecții.

Niculae TACHE



Colorați desenul de mai sus astfel:
1 cu gri, 2 cu negru, 3 cu alb, 4 cu albastru și 5 cu galben.

Anca CAȚICHI

CINE ESTE PEDIATRU?

Două femei, Ana și Cora, și doi bărbați, Barbu și Dan, sînt medici. Unul este cardiolog, altul este anestezist, al treilea chirurg și al patrulea pediatru. Ei sînt așezați în jurul unei mese și discută un caz foarte grav. Știînd că masa are formă pătrată și ei sînt așezați după cum urmează, aflați care dintre cei patru este pediatru:

1. Cardiologul stă în stînga Anei
2. Chirurgul stă în fața lui Barbu
3. Cora și Dan stau unul lîngă altul.
4. În stînga anestezistului stă o femeie.

GHICITORI

Un cerc fuge după altul,
Dar nu-l prinde niciodată.
Alergînd așa, la aer,
E sănătate curată.

(bicicleta)

Primii sînt de papă-lapte
Și-i schimbăm cînd avem șapte
Anișori, sau cam așa,
Și-atunci nu putem mușca
Pîn-ce ne cresc alții noi,
Mai puternici, mai de soi.

(îlîuip)

Sănătoși ca să-i păstrăm,
Cu periuța-i spălăm

(îlîuip)

Corneliu ZEANĂ

— Costele!
— Da, Getuța!
— Vrei să ne jucăm de-a Alba ca Zăpada?

— Bineînțeles! Dar cei 7 pitici vor fi „șapte sanitari pricepuți”!

— De acord! Mai ales că ei au urmat și-un curs de învățare a regulilor de prim-ajutor...

— Cu cine?
— Cum cu cine? Cu Alba ca Zăpada, care este soră de Cruce Roșie.

— Și la ce le folosește?

— Exact la ce-ți folosește și ție povestioara noastră!

— Înțeleg! Vrei ca eu să fac pe Făt-Frumos...

— Ca să meriți titlul acesta, Costele, trebuie să ai uniforma neșifonată, părul bine pieptănat, unghiile fără doliu, ghețele făcute cu cremă și iartă-mă... dinții curățați cu perișuța și pasta.

— Apăi, Cosinzeano, și tu dacă vrei să fii Alba ca Zăpada trebuie să nu mai ai fața pictată cu acuarele, codița înzorzonată cu zeci de culori și nici să dai pe uniformă cu parfumul pe care-l iei de la mama ta...

— Atunci, voinicule, hai să ne continuăm povestea cu Alba ca Zăpada, careia-i plăcea să se uite în oglindă, mai ales după ce orînduia toate lucrurile din casă, avînd grijă să deschidă pentru aerisire și geamurile cabanei de turtă dulce și să pregătească pentru masa de dimineață a micilor sanitari cei de tei, chifle prăjite și gem de coacăze, fiindcă acestea au și vitamina C.

— Ba, uneori, le mai dădea la masă și lapte și brînză, care sînt foarte gustoase...

— Dar avea grijă ca să nu-i îndoape prea mult pe pitici ca să nu devină obezi...

— Iar pentru masa de la prînz, ea le pregătea o ciulama de ciuperci și salată de măcriș care...

— Costele, ai uitat ce ne-a spus tovarășa educatoare despre ciuperci? Ca să nu ne otrăvim trebuie să folosim numai din cele care se vînd la magazine.

— Bine, bine, nu le mai dăm ciuperci, dar iaurt, brînză, ouă fierte și mămăliguță le dăm, fiindcă astea îmi plac și mie...

ALBĂ CA ZĂPADĂ ȘI CEI ȘAPTE PITICI... SANITARI

— Le dăm, le dăm!
— Și cum pregătea ea mincarea pentru piticii-sanitari, văzu prin pădure o vînzătoare de mere, care îi oferi și ei să cumpere...

— Ba nu-i adevărat! I-a făcut cadou, adică fără bani, cel mai mare și mai frumos măr!

— Ascultă, Getușo, ai uitat să spui că la marginea pădurii trăia o împărăteasă, care se voia mai frumoasă decît Alba ca Zăpada și de aceea s-a hotărît să o omoare!



— Costele, n-ai dreptate! În povestea noastră nu există nici o împărăteasă, ci o vînzătoare de mere și alte fructe, pentru cei veniți la odihnă și care stau în căsuțe...

— În camping vrei să spui?

— Exact!

— Fie și așa!

— Alba ca Zăpada, care cunoaște bine regulile de igienă, observă pe mere urme de pămînt și-și dădu seama că ele sînt infectate.

— Așa că nu cumpără nici un fel de fructe de la vînzătoare, mai ales că în curtea campingului avea și restaurant și centru de legume și fructe...

— Și, de altfel, avea în cabana ei sanitară fructe de pădure, bine spălate și mult mai gustoase și sănătoase.

— Ascultă, Getușo! În felul acesta noi nu mai terminăm povestea niciodată! Alba ca Zăpada trebuie să mănînce ceva ca să se otrăvească, apoi Făt-Frumos să vină repede să o salveze...

— Așa ceva nu se poate, deoarece ea știe ce are de făcut!

— De unde să știe???

— De la mămică mea, care este soră de Cruce Roșie!

— Bine, bine! Atunci, ca să terminăm totuși povestea să schimbăm finalul!

— Cum adică?

— Iepurașul, bursucul, veverița și cîrțița, precum și coana vulpei, cumpărară din merele și perele respective, din care mincară cu lăcomie fără să le spele la izvor!

— Ce a urmat este lesne de înțeles. După puțin timp, veniră toți la cabana piticilor-sanitari vîitîndu-se de crampe, temperatură și diaree puternică...

— Cu tot sprijinul acordat de cei șapte mici sanitari, care între timp se întorseseră la cabană cu coșulețele pline de fructe de pădure, suferinzii nu-și găsiră alinare!

— Abia cînd interveni Alba ca Zăpada și-i doftorici cu puțin ceai de mentă, punîndu-le și niște comprese ușor alcoolizate pe stomac, treburile începură să se mai limpezească...

— Mai ales că venise între timp și un Făt-Frumos doctor, de la o cabană alăturată, și care, felicitînd-o pe frumoasa noastră din poveste pentru primul ajutor acordat, le recomandă, pînă a doua zi, doar supă de morcovi fără nimic altceva.

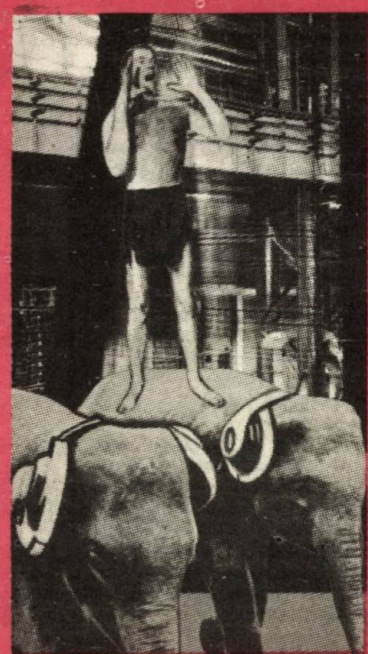
— Desigur că iepurii se bucură cel mai mult...

— Și cum totul este bine cînd se termină cu bine, animalele pădurii plecară mulțumite acasă!

— Iar Alba ca Zăpada și cei șapte pitici sanitari se urcară în salvarea cu care de fapt veniseră în pădure la o aplicație practică de Cruce Roșie și plecară mulțumiți de reușita lor.

George M. GHEORGHE

FILME • FILME • FILME • FILME • FILME •



A.D.

SURPRIZA

Mama Andrei intră în sufragerie, închise ușa și formă numărul de telefon al Salvării. De la celălalt capăt al firului i se răspunde că autosalvarea va veni în maximum 15 minute. Știi care este mașina salvării? Este aceea cu câte o cruce roșie pe uși și geamuri. Lângă șoferul care conduce mașina se află totdeauna un doctor care are o trusă pentru consultații și medicamente.

— Andra, mama îți va face o surpriză. Cineva are să vină să te vadă și dacă ești ascultătoare am să-ți cumpăr un joc care îți va plăcea mult.

— Bine, mămico, deși nu sînt curioasă, doar te întreb, cine vine?

— Ești tare isteată, însă nu e bine să afli înainte, că nu mai are farmec surpriza.

Sonerie întrerupe conversația. Mama Andrei deschise ușa. Doctorul de serviciu de la spitalul de copii din cartier intră saluînd și întrebă:

— Unde este curajoasa mea pacientă?

— Poftiți pe aici, îi răspunde mama, conducîndu-l în camera Andrei.

— Bună dimineața! spuse doctorul.

— Bună dimineața, răspunde Andra ascunzîndu-se sub păturică.

— Andra, nu-ți fie frică, domnul doctor nu a făcut nimă-nui rău și nici ție n-o să-ți facă...

— Știu, mămico, că nu face rău. Face doar injecții...

— Injecția nu doare, spuse doctorul; uite, îi fac una păpușii și-ai să vezi că nu o doare.

— Pe ea n-o doare nici cînd o piepă și i se încurcă părul.

— Hm, făcu doctorul, ori-cum o să-ți fac o injecție care nu doare.

— Iar mama are să-ți cumpere o trusă medicală cu care să consulți păpușile și celor răcite să le faci injecții... la spune poezia aceea în care tu vrei să te faci doctoriță.

— O spun, numai să nu doară injecția:

O fetiță, cu fundiță,
Se ducea la grădiniță.

Și mămica o-ntreba:

— Unde mergi, fetița mea?

— Eu mă duc la grădiniță

Să mă fac o doctoriță.

— Bravo, acum întoarce-te cu fața-n jos și stai cuminte.

— Gata, mămico!

Doctorul îi făcu injecția, care a fost așa de ușoară că Andra tot întreba:

— Gata? Îmi faceți mai multe? Că nici nu le simt.

— Gata, Andra, poți să te întorci. Ai simțit ceva?

— Hm, o mică ciupitură, parcă. Dumneavoastră îl cunoașteți pe doctorul „Aoleu”?

— Cunosc mulți doctori, dar pe acesta nu, spuse privind-o cu un aer nedumerit.

Atunci Andra îl ciupi de mîna și doctorul strigă: „Aoleuu!”

— Ha, ha, ha, ați văzut că acum îl cunoașteți?!

Și au făcut haz Andra, docto-

rul și mama, că de necaz gripa și-a luat geamantanul și a plecat supărată foc.

— Pa, Andra! i-a spus doctorul plecînd la alți pacienți pentru a alunga gripa. Cînd ți-e dor de mine să-mi telefonezi, dar să nu fie nevoie să vin cu trusa, ci, doar așa, să ne jucăm, să te învăț să faci injecții.

— La revedere domnule doctor. Veniți cînd aveți timp. Veniți și cu doctorul Pilulă.

— Asta cine mai este?

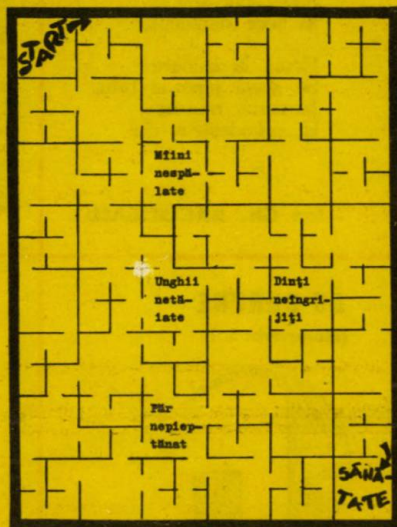
— Ha, ha, ha, păi dumneavoastră vi se spune așa...

— Bătă-te norocul Andra, pentru asta mai vin și diseară să facem o injecție.

— Aoleuu!

Mariana ZĂRNESCU

LABIRINTUL SĂNĂTĂȚII



Puteți să mergeți de la START pînă la SĂNĂTATE fără să vă atingeți de nici un careu care arată lipsă de igienă?

Daniela STAIKU

Grădinița din pădure

Ursul și motanul
Sînt la grădiniță
Și fac întrecere
Cu o veveriță:

La unghii tăiate
Și blană curată,
Dinții să fie albi
Și fața spălată.

Dar pe labe ursul
E plin de mîncare;
De lapte, motanul,
Pe bot și picioare!

Deci ea, veverița,
Cu coada-i stufoasă,
Plecă premiantă
Și rîzînd faloasă!

Și pierzînd concursul,
Ceilalți doi, cumînți,
Se plîng pe acasă
Dragilor părinți.

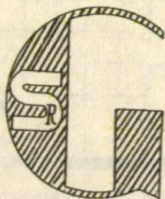
Nimeni nu îi ceartă,
Dar le dau povață
Să-și aduc-aminte
În fiecare dimineață!

Ursul, la izvoare,
Se spală pînă la briu.
Motanul, mustața
Își oglindește-n rîu!

Ion Gh. ARCUDEANU

CU DURERE

(Monoverb: 5, 9)



Petru AL. VASILESCU

DIALOGURI ÎN RECREAȚIE

ISTORICĂ

- În ce bătălie a strigat Napoleon: „Mor fericit!”?
- În ultima.

OFTALMOLOGICĂ

- De unde știi că morcovii ajută la vedere?
- Ai văzut vreodată iepure care să poarte ochelari?

DESPRE ELEFANȚI

- De ce este elefantul mare, cenușiu și noduros?
- Pentru că dacă ar fi mic, alb și neted s-ar chema aspirină.

- Ce este uriaș și verde?

- Un elefant care a căzut în mîncare de spanac.

- De ce au elefanții pielea boțită, șifonată?

- Ai încercat vreodată să calci un elefant?

DESPRE LEI

- De ce mîncă leii carne crudă?
- Fiindcă nu se pricepe să gătească.

DESPRE MERE

- Ce poate fi mai rău decît să muști dintr-un măr și să găsești un vierme?
- Să găsești o jumătate de vierme.

IARNA

- Cum a reșit omul de zăpadă să traverseze strada?
- S-a topit și a curs pînă vizavi.

LECȚIA DE MATEMATICĂ

Falca-i s-a umflat, și-i pică
Radicalul cu pricina.

- Hai, extrage rădăcina!
- N-o pot face, că mi-e frică...

SUPA

- De termini supa, te vei face mare!
- Dar tu, mămico, te vei face... cum?
- Eu nu mai cresc fiindcă este o stagnare.
- Dar supă-atunci, de ce mîncîci și-acum?

LOCUL NAȘTERII

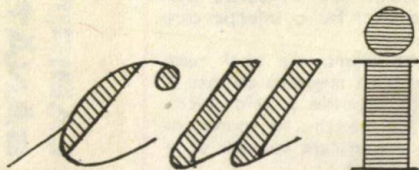
- Taticule, tu unde te-ai născut?
- La Turda. — Dar mămîțica? — La Carei.
- Și eu? — Maternitatea din Săscut.
- Atuncea, cum ne-am întîlnit toți trei?

A.C. DRAGODAN

ANECDOTE EPIGRAMATE

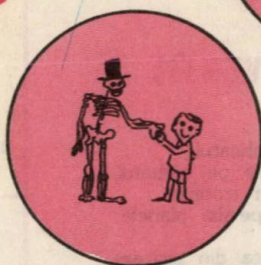
DURERE ASCUȚITĂ

(Monoverb: 3, 5)



Petru AL. VASILESCU

AVEȚI CALITĂȚILE NECESARE PENTRU A DEVENI UN MEDIC BUN?



UN TEST

PENTRU CEI CE VOR SĂ URMEZE FACULTATEA DE MEDICINĂ

1. Preferați o viață liniștită uneia agitate și plină de neprevăzut?
2. Știți ce semnificație are cuvântul „terapie“?
3. Credeți că medicamentele vindecă bolile dar, în același timp, fac rău unor organe?
4. Va este frică de injecții?
5. Puteți să dați denumirea celor două oase ale gambei?
6. Distracția și jocul sînt mai importante decît munca?
7. Puteți să numiți 3 medici celebri?
8. Urmăriți cu interes emisiunile medicale, preferîndu-le chiar celor de varietăți?
9. Știți din ce este alcătuit sîngele?
10. Sînteți perseverent?
11. Faceți mult caz cînd aveți o rană cit de mică și vă imaginați imediat că ar putea ajunge gravă?
12. Puteți enumera 3 boli produse de viruși?
13. Este adevărat că nu are importanță din ce este făcut un medicament, ci principal este să vindecă?
14. Va deranjează cînd sînteți trezit brusc?
15. Vi se face rău cînd vedeți o picătură de sînge?
16. Săriți în ajutorul unui prieten care are un necaz?
17. Credeți că progresele făcute de medicină vor duce la creșterea duratei vieții?
18. Credeți că știința va reuși să explice în totalitate misterul apariției vieții?

Marcați cite un punct pentru fiecare răspuns **DA** la următoarele întrebări: 2, 5, 7, 8, 9, 10, 12, 16, 17, 18.

Marcați cite un punct pentru fiecare răspuns **NU** la întrebările: 1, 3, 4, 6, 11, 13, 14, 15.



Desene de Anca CAȚICHI



INTERVENȚIE

Iepurilă, urecheatul,
Vrînd să facă pe bărbatul,
Și-a procurat trotinetă
Șa meargă pe-altă planetă.

Și cum dădea din picioare,
Intenționînd să zboare,
S-a împiedicat de-un ciot,
Și-a aterizat în bot.

O broscuță, nu prea mare,
Din echipa de salvare,
Să-l scape de chinuri grele,
Ia pus nasu-n scîndurele,

Și l-a dus c-o diligență,
La spitalul de urgență.
Acum urecheatu-i bine,
Topăie... pe lîngă mine!

Nicolae MEIANU

UN COPIL CURAT

(Criptografie: 3,7,3,5,7,7,2,4)



Petru AI. VASILESCU



— Nu mă mai îndopa atîta, că mă îngraș și fac colesterol!

Desen de M. OPROIU

● DEZLEGĂRI ●

PĂTRAT: COPIL — ODATĂ — PALAT — ITARI — LATIN.

CU DURERE: Singerare.

DURERE... ASCUȚITĂ: Cucui.

UN COPIL CURAT: Cel cuminte își spală mîinile înainte de masă.

CINE ESTE PEDIATRU: Din afirmația 3 rezultă că sînt patru aranjamente posibile ale celor patru medici (notăm pe Ana cu A, Barbu cu B, Coza cu C și Dan cu D):

D	C	C	D
C I B	D II B	B III D	B IV C
A	A	A	A

Conform afirmațiilor 1 și 2, aranjamentele I și II sînt eliminate, iar III și IV devin:

cardiolog C chirurg	cardiolog D chirurg
B III D	B IV C
A	A

Din afirmația 4 rezultă că aranjamentul III nu este corect, deci anestezistul este Dan. Prin urmare, Ana este pediatru.

AVEȚI CALITĂȚILE NECESARE PENTRU A DEVENI UN MEDIC BUN?

Peste 12 puncte: aveți calitățile necesare pentru a deveni un medic bun. Felicitări, este o profesie frumoasă. Dar nu uitați că drumul spre medicină este lung și anevoios.

Între 6—12 puncte: e de preferat să alegeți altă profesie.

Sub 6 puncte: nu numai că nu aveți calitățile necesare pentru a deveni medic, ba chiar s-ar putea spune că sînteți un pacient greu de suportat.

MICUL ESCULAP, mini-almanahul copiilor, realizat de Lucian HUIBAN.
Prezentarea artistică, Adrian DRAGOMIRESCU.



Vă rugăm rețineți emblema



Jocurile logice, educative, colective sînt, în ultimul timp, tot mai solicitate de cumpărătorii de toate vîrstele.

Întreaga gamă de jocuri și jucării realizate de CENTROCOOP sub emblema „JECO” este astfel concepută încît să contribuie la stimularea inițiativei, capacității de creație, independenței de acțiune și gîndire, la dezvoltarea spiritului de colectivitate.

Jocurile și jucăriile realizate sub emblema „JECO” pot contribui, de asemenea, la dezvoltarea proceselor de cunoaștere, percepție, reprezentare, limbaj, imaginație, atenție voluntară, urmărind însușirea și consolidarea cunoștințelor, formarea personalității copiilor și, implicit, a unor trăsături de caracter ca: perseverența, cinstea, hărnicia, curajul, spiritul de ordine și disciplină, responsabilitatea.

În București, ultimele noutăți se găsesc la magazinele „Recoop” din: Bdul. Republicii nr. 80 A, Calea Moșilor nr. 135 și Str. 13 Decembrie nr. 26, la magazinul „EXPOART” din Pasajul Victoriei (Calea Victoriei nr. 16—18), la magazinele „COOP” din Str. Chiristigii nr. 4—6, B-dul. Nicolae Titulescu nr. 92 și Str. Brezoianu nr. 29, precum și la micromagazinul din holul Teatrului „Ion Creangă”.

La cerere, jocurile pot fi expediate la domiciliu prin unitățile „Comerțul prin coletărie” sau „Cătea prin poștă”, Str. Serg. Nuțu Ion nr. 8—12, cod 76324, Sector 5, București. Se onorează comenzi în valoare de minimum 100 lei, cu plata ramburs la primirea coletului.

Sugestii privind jocurile lansate sau crearea de noi jocuri precum și comenzi din partea unităților comerciale, creșe, grădinițe se primesc la „RECOOP”, Str. Sf. Ștefan nr. 21, cod 70506, Sector 2, tel. 13.81.75 și 13.62.60, telex 10393.





ASIGURAREA AUTOTURISMELOR

Pentru riscurile cu care este confruntat omul de la volan este necesar să se creze și mijloace eficiente de acoperire a urmărilor acestora. Unul din aceste mijloace, care totdeauna trebuie să existe înaintea neprevăzutului, este și asigurarea.

Pentru ca proprietarii de autoturisme să poată primi despăgubiri de asigurare pentru pagubele la propriile autoturisme, care nu sînt acoperite prin asigurarea de răspundere civilă auto, este necesar să încheie la ADAS o **asigurare facultativă pentru avarii auto (casco)**, în baza căreia se acordă protecție în următoarele cazuri:

a) Autoturismul a fost avariat datorită faptului că în timpul circulației s-a lovit:

— cu un alt autovehicul sau cu orice alt fel de vehicul;

— de orice corpuri mobile și imobile aflate în afara autoturismului asigurat.

b) Autoturismul a fost avariat ca urmare a faptului că în timpul circulației a derapat, s-a răsturnat etc., inclusiv ca urmare a defectării unor piese ale acestuia.

c) Autoturismul aflat în circulație sau

în staționare a fost avariat de un autovehicul neidentificat.

d) Autoturismul aflat în circulație sau în staționare a fost avariat ca urmare a lovirii fie de vehicule necuprinse în asigurarea prin efectul legii de răspundere civilă auto, fie de pietoni, ori prin căderea pe autoturism a unor corpuri.

e) Autoturismul a fost avariat ca urmare a:

— incendierii lui ori a clădirii în care se afla garat;

— exploziei, urmată sau neurmată de incendiu, inclusiv explozia rezervorului de carburanți sau a celui de aer comprimat;

— trăsnetului — urmat sau neurmat de incendiu;

— altor calamități naturale care pot produce pagube direct autoturismului sau indirect, prin dărîmarea acoperișului unei construcții pe acel autoturism etc.

f) Alte cazuri cuprinse în asigurare.

În asigurarea facultativă a autoturismelor pentru avarii auto (casco) se includ și:

— cheltuielile de transport al autoturismului la atelierul de reparații cel mai



apropiat de locul accidentului, care poate face reparația sau la locul cel mai apropiat de adăpostire a autoturismului, dacă acesta nu poate fi deplasat prin forță proprie;

— avariile autoturismului prilejuite de măsurile luate în timpul producerii evenimentului asigurat, pentru salvarea autoturismului sau a construcției în care se afla acesta, precum și cheltuielile făcute în vederea limitării pagubelor, dacă acestea au fost necesare în urma unor avarii produse de cauze cuprinse în asigurare.

Primele de asigurare sînt diferențiate în funcție de capacitatea cilindrică a autoturismelor.

Asigurații mai au și următoarele drepturi:

— plata unor prime anuale de asigurare diferențiate în funcție de faptul că asigurarea se încheie sau se reînnoiește direct la unitatea ADAS, precum și de vechimea neîntreruptă în asigurare, dacă pentru anii anteriori nu s-au primit ori nu se datorează despăgubiri în baza contractelor încheiate;

— repararea la ateliere a autoturismelor asigurate, fără obligația unor plăți prealabile către acestea, întrucît contravaloarea devizului de reparație se achită direct atelierului respectiv.

Asigurarea pentru avarii auto (casco) este cea mai completă asigurare pentru automobiliști.

Prezentînd unele din situațiile ce pot surveni, precum și condițiile în care se încheie asigurarea facultativă pentru avarii auto (casco), se precizează că această asigurare este necesară oricărui deținător de autoturism, chiar și în condițiile existenței asigurării prin efectul legii de răspundere civilă auto.

Dacă există contractată asigurarea fa-

cultativă pentru avarii auto (casco), se poate contracta, suplimentar, **asigurarea pentru pagubele produse autoturismului condus de altă persoană decît asiguratul sau rude ale acestuia**, plătindu-se 25% din prima prevăzută la asigurarea pentru avarii auto (casco).

Pentru a satisface cele mai variate cerințe de acoperire prin asigurare a situațiilor neprevăzute ce se pot produce în timpul în care se utilizează autoturismele, precum și pentru acoperirea numai a unor categorii de pagube, cu plata corespunzătoare a primelor de asigurare, deținătorii de autoturisme pot încheia și alte feluri de asigurări auto:

● **Asigurarea autoturismelor numai pentru pagubele produse ca urmare a accidentelor de circulație**, la care prima de asigurare reprezintă 80% din suma prevăzută la asigurarea pentru avarii auto (casco).

● **Asigurarea de accidente a conducătorilor de autoturisme și a altor persoane aflate în autoturisme**, care se încheie independent de faptul dacă a fost sau nu încheiată o asigurare pentru avarii auto (casco) și acoperă, în limita numărului de locuri admis la transport, consecințele accidentelor întîmplătoare persoanelor aflate în autoturisme.

Primele la această asigurare se stabilesc în raport de nivelul sumelor asigurate pentru fiecare persoană.

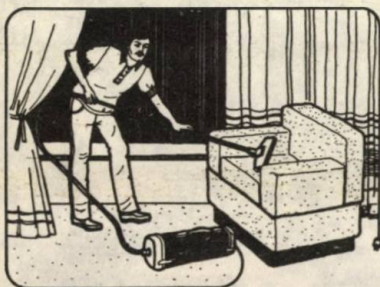
*
*
*

Rețineți: Pentru orice informații în legătură cu încheierea de asigurări, plata primelor, primirea de despăgubiri etc., vă puteți adresa fiecărei sucursale ADAS, punctelor operative de lucru sau inspectorilor ADAS.



**IGIENIZARE RAPIDĂ
ȘI COMPLETĂ CU**

ASPIRATOARELE DE PRAF: AP-20S AP-21 AP-10 AP-10E



Combaterea prafului prin înlăturarea lui cât mai des și cât mai complet constituie una din modalitățile de realizare și menținere a igienei. O modalitate care, realizată cu mijloace rudimentare, necesită timp și efort fizic, dar nu o deplină eficiență.

Utilizând însă noile tipuri de aspiratoare **AP 20 S, AP 21, AP 10 și AP 10 E**, realizate în țara noastră, cu caracteristici care le situează la nivelul cerințelor actuale și cu consum mic de energie electrică, aveți posibilitatea să curățați rapid și bine tapișeria, cărțile, spațiile greu accesibile, covoarele, tapiseriile, mobila, îmbrăcămintea groasă și alte obiecte din gospodăria dv.

Iată câteva din caracteristicile lor importante:

- Putere de absorbție mărită (500 W pentru aspiratoarele AP 20 S și AP 21; 600 W pentru AP 10 și AP 10 E);
 - Refulare verticală a aerului, înlăturând astfel posibilitatea de împrăștiere a prafului de pe suprafețele încă necurățate;
 - Manevrare ușoară datorită celor două roți, plus roata pivotantă;
 - Posibilitatea utilizării prizei de alimentare cu tensiune fără împănintare, aspiratoarele fiind construite în clasa a II-a de protecție.
- Noile tipuri de aspiratoare AP 20 S, AP 21, AP 10 și AP 10 E sînt prevăzute cu numeroase accesorii și piese de rezervă.

Dintre accesorii menționăm:

- O perie complexă pentru curățarea suprafețelor plane;
 - O perie triunghiulară pentru biblioteci, mobilă etc.;
 - O duză îngustă pentru spații greu accesibile, calorifere etc.
 - O duză lată pentru tapiserii, îmbrăcămintă groasă;
 - Un tub flexibil;
 - Două bucăți țevi — prelungitor.
- De asemenea, au următoarele piese de rezervă:
- Patru saci de hîrtie-filtru;
 - Două perii de cărbune.

Aspiratoarele **AP 10 și AP 10 E** au în dotare și un indicator de umplere a sacului, cu ajutorul căruia se previne suprasolicitația motorului.

Aspiratorul **AP 10 E** poate fi reglat electronic.

Designul și gama de accesorii, pe care le prezintă aceste moderne aspiratoare de praf satisfac cele mai exigente cerințe.

Și acum vă propunem să rețineți și costul fiecărui tip de aspirator: **AP 20 S = 950 lei; AP 21 = 990 lei; AP 10 = 1 300 lei; AP 10 E = 1 560 lei.**

În dialogul pe care vi-l propunem, dragi cititoare, cu renumiți specialiști din diferite domenii ale medicinei, ne-am străduit să venim în ajutorul femeilor de toate vîrstele și preocupările, aflate în momente diferite din existența lor, care doresc să știe cum să-și apere organismul de îmbolnăviri, cum se pot feri de accidente, cum pot fi bune soții și bune gospodine.

EXAMENUL PERIODIC

„Nu există nici un alt organ, așa cum sint sîni, atît de accesibil la un examen simplu — autocontrolul —, care ar putea fi determinant pentru viitorul unei femei” (Stucki, 1983)

Importanța și posibilitățile de detectare precoce a tumorilor de sîn au fost de multe ori evocate, justificate și dovedite de numeroși autori. Pentru a reuși o tehnică corectă de autoexaminare a sînilor se impun subliniate cîteva aspecte: efectuarea acestui examen lunar, de preferat în perioada postmenstruală; verificarea simetriei sînilor, a mameloanelor și aspectului pielii (în poziție verticală a corpului); palparea cadranelor interne și externe, precum și a regiunii areolare, cu depistarea eventualelor indurații sau noduli (în poziție culcată a corpului); palparea axilei, examinarea pe rînd a mameloanelor. Datorită palpărilor numeroase, cea mai mare parte a femeilor

reuesc să cunoască particularitățile sînilor lor și să detecteze anomalii grosiere și, chiar, în unele cazuri izolate, alterări minime.

Practic, orice femeie peste 30 de ani trebuie să efectueze autocontrolul sistematic, fiind informată continuu asupra acestui subiect. Constatările femeii în timpul autoexamenului său nu permit să se pună un diagnostic, acestea constituind doar niște indicii. Inspectia și palparea sînilor sînt urmate de examenele de specialitate (radiologice, termografice, ultrasonice, citologice și biopsice). Nici una, însă, din aceste metode nu o poate înlocui pe cealaltă, ele fiind complementare.

Autocontrolul s-a impus în practică datorită creșterii în cursul ultimilor 50 de ani a incidenței neoplasmului de sîn de nouă ori în Chile, de trei ori în Scandinavia, de două ori în Italia, Irlanda, Elveția, Anglia, SUA și Noua Zeelandă. Țara noastră se situează în grupa cu incidență medie a morbidității prin neoplasm de sîn (11—16 cazuri la 100 000 de femei).

Factorii care cresc riscul de cancer mamar ar putea fi schematizați în felul următor: regimul bogat în grăsimi; menopauza tardivă (risc de două ori mai mare peste 55 de ani); hipotiroidia; nuliparitatea; corelația familială cu cancerul de colon, de col uterin, de ovare și cu obezitatea; patologia benignă pe fond hiperhormonal, estrogenic, a endometrului crește riscul cu 1,7 pînă la 4,5 ori; nivelul socio-economic ridicat.

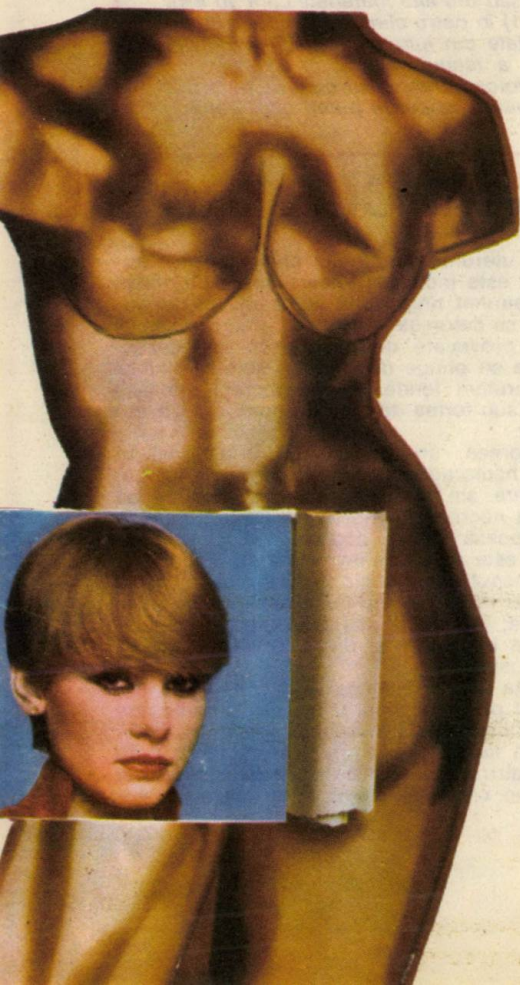
În privința localizării, în cele mai multe statistici neoplasmul de sîn este mai frecvent la sînul stîng decît la cel drept, tumorile bilaterale fiind în jur de 2—4 la sută, situate în 75 la sută din cazuri în cadranele laterale, în 45 la sută din cazuri supero-extern iar interne 25 la sută.

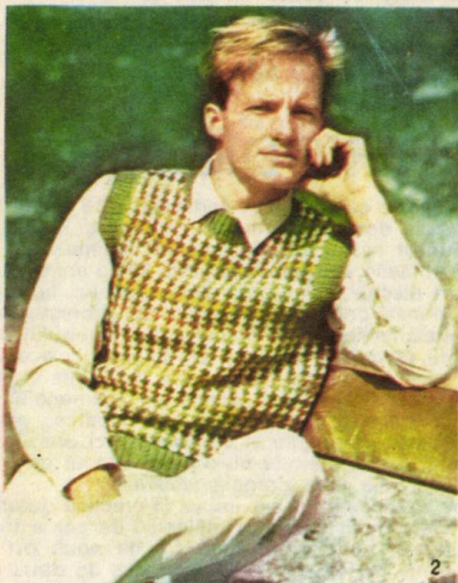
Simptomele de diseminare pot fi recunoscute prin apariția ganglionilor, a durerilor (osoase, nevralgice), a paresteziilor, a tusei iritante și dispneei, a tulburărilor gastrice, cefalgiiilor, mai rar a tulburărilor metabolice și a tulburărilor oculare.

Depistarea în masă a cancerului mamar prin examenul clinic al glandei mamare, alături de metoda autoexaminării, își menține valoarea realizînd depistarea unui cancer incipient, dar nereușind un diagnostic precoce.

Specialiștii estimează că, dacă se consideră toate stadiile tumorii mamare, fiecare din metode oferă o certitudine diagnostică de 50—80 la sută; dacă se recurge la toate posibilitățile existente, diagnosticul cancerului de sîn se va face astfel încît vindecările să poată depăși 80 la sută, ca rezultat al tratamentului complex; radiologic, chirurgical, hormonal, citostatic și imunologic.

Prof. dr. Gheorghe LUPĂȘCU
Clinica de ginecologie nr. 2 Iași





2



Din fuste și rochii vechi, confecționate din stofă sau din alte materiale care au ieșit din modă, puteți lucra fetei dv. acest sarafan (fig. 1) în patru clii, cu platcă și buzunare. La spate se încheie cu un fermoar, pe jumătate din lungimea spatelui. Bluzița poate fi confecționată dintr-o cămașă mai veche a tatălui.

Resturile de lână pe care le-ați păstrat le puteți folosi, armonizînd culorile, pentru a tricota vesta din figura 2, un cadou plăcut și... sănătos pe care-l puteți oferi soțului, fratelui sau logodnicului dv.

DE CE ESTE NECESAR CONTROLUL

Cancerul corpului uterin este o tumoră malignă care se dezvoltă din elementele mucoasei uterine (endometru).

Datele actuale demonstrează faptul că incidența acestei afecțiuni este din ce în ce mai mare: frecvența este de circa un caz la 10 000 de femei.

Boala apare mai ales la femeile în vîrstă, aproape jumătate din hemoragiile uterine după menopauză fiind datorate cancerului corpului uterin, dar este mai frecventă la femeile obeze, diabetice, hipertensive. Bolile uterului: metritele cronice, fibromioamele și polipii intrauterini par a favoriza apariția acestei forme de cancer. Dezechilibrele endocrine, în special hiperestrogenia, ar contribui, de asemenea, ca factor favorizant, partizanii acestei ipoteze bazîndu-se pe constatarea că boala survine mai frecvent la femeile la care menopauza s-a instalat tardiv. Se pare că dozele mari de foliculină, administrate în mod prelungit pentru combaterea tulburărilor de menopauză, pot grăbi sau chiar provoca apariția cancerului de corp uterin în cazul unei predispoziții existente.

În ceea ce privește diagnosticul, în stadiul incipient, cînd tumorarea este limitată strict la

nivelul uterului, simptomul clinic cel mai important este metroragia, care apare de obicei la un anumit timp după instalarea menopauzei. Ea se datorește zonelor de necroză hemoragică provocate de tumoră. În alte cazuri, bolnava se plînge de scurgeri sero-sanghinolent purulent fetide. Aceste secreții pot surveni și sub forma de deblacu după o criză dureroasă.

Leucoreea, scurgerea albicioasă, precede uneori hemoragia, ea fiind produsă de secreții exagerate ale glandelor tumorale înainte de apariția necrozei hemoragice. Cînd leucoreea este apoasă și are aspectul de „zeamă de carne” este un semn important de diagnostic.

Examenul ginecologic în fază incipientă, de cele mai multe ori, nu pune nimic deosebit în evidență; în stadiile mai avansate, corpul uterin este mai mare și are o consistență ceva mai moale.

În fața unei asemenea simptomatologii, neexistînd prin examenul clinic nici un semn de certitudine, trebuie neapărat apelat la metodele de laborator. Dintre acestea, biopsia de endometru, care se face pe produsul obținut printr-un chiuretaj uterin, este cea mai valoroasă.



Pentru scaunele netăpitate din bucătărie sau sufragerie puteți confecționa pernețe cu buret după modelul din figura alăturată. Materialul poate fi din in sau stofă subțire. Modelul floral se va broda cu bum-bac mulinău (alb, galben, albastru și roz sau roșu) sau fire de P.N.A. Pernele se pot umple și cu puf sau resturi textile.



GINECOLOGIC ?

Examenul citologic are o valoare mai redusă decât în cancerul colului uterin deoarece eliminarea celulară în cancerul de endometru se face mai tardiv și mai dificil iar celulele exfoliate sînt amestecate cu hematii, ceea ce face ca interpretarea să fie uneori eronată.

Evoluția cancerului de corp uterin este lentă (3—4 ani starea generală putînd rămîne bună vreme îndelungată). Explicația evoluției lungi ar putea sta în faptul că stratul muscular al uterului opune multă vreme un baraj progresiv cancerului plecat de la endometru.

După un timp însă, în mod treptat, tumoarea cuprinde uterul în întregime, seroasa peritoneală și alte organe vecine (vezică, rect); bolnava slăbește în greutate și se anemiează din cauza hemoragiilor repetate.

Prognosticul cancerului de corp uterin este mai puțin grav ca cel al colului. El este cu atât mai favorabil cu cît diagnosticul se pune într-un stadiu mai incipient. Tratamentul corect în această fază poate determina vindecarea într-un procentaj mare de cazuri.

Profilaxia acestei forme de cancer constă în tratarea leziunilor ce pot favoriza apariția lui: polipoza uterului cu sîngerări după menopauză, stările de hiperestrogenie, fibroamele

uterine care nu involuează la menopauză ș.a. La femeile în vîrstă să se evite administrarea în doze mari a preparatelor hormonale care conțin foliculină. Pentru depistarea acestor situații se recomandă controlul ginecologic sistematic la 6 luni sau 1 an, cu efectuarea unui examen citologic endocervical.

Tratamentul cancerului endometrial este complex: chirurgical, radiologic, hormonal.

De bază este cel chirurgical, și constă în extirparea uterului, a anexelor sale și a ganglionilor limfatici. În stadiile mai avansate tratamentul chirurgical va fi completat cu unul radiologic-roentgen sau cobalto-terapie.

Cînd starea generală a bolnavei contraindică intervenția chirurgicală, radium-terapia intrauterină urmată de roentgen-terapie profundă externă reprezintă singura metodă de tratament posibilă.

Introducerea în terapeutică a progestativelor de sinteză a deschis noi posibilități în tratamentul neoplasmului de corp uterin, mai ales în prevenirea și tratarea metastazelor.

Prof. Dr. Corneliu GAVRILESCU
I.M.F. Iași



MINISTERUL INDUSTRIEI USOARE prin întreprinderile sale licențiate produce articole din lână, care poartă acest prestigios însemn internațional de calitate.

WOOLMARK este un semn de distincție pentru produsele executate din lână pură virgină (la prima prelucrare), care au trecut cu succes un foarte sever control de calitate, cu nu mai puțin de 17 „probe”.

WOOLMARK, o carte de vizită prestigioasă, cu care se recomandă — atât pe piața internă, cât și pe cea externă — produsele executate de:

- Întreprinderile de stofe din Sighișoara, DOROBANȚUL din Ploiești, LIBERTATEA din Sibiu, CARPATEX din Brașov;
- Întreprinderile de confecții din Oradea, Craiova, Cluj-Napoca, Satu Mare, Arad, Sibiu, Odorheiu Secuiesc, Târgul Secuiesc;
- Întreprinderile de confecții și tricotaje CONFEX, TRICODAVA, TINĂRA GARDĂ din București;
- Întreprinderea de tricotaje din municipiul Hunedoara;
- Întreprinderea de covoare din Călnădie și Alba Iulia;
- Întreprinderea de postav din Buhuși;
- Întreprinderea pentru pături din Azuga;
- Întreprinderea de ciorapi din Cimpina.

Creațiile acestor întreprinderi (stofe, rochii, fuste, costume, blazere, sacouri, pantaloni, pardesie, paltoane, pulovere) au o eleganță clasică ce nu exclude cele mai noi tendințe ale model și sint destinate tuturor.

Ori de câte ori vă veți întâlni cu însemnul WOOLMARK să fiți convingeți că este încredințat spre purtare numai produselor de cea mai bună calitate!



ACCIDENTE POSIBILE ÎN MEDIUL CASNIC



casă — unde revenim în fiecare seară, de unde plecăm în fiecare dimineață, unde ne petrecem cea mai mare parte din viață — au loc uneori accidente neașteptate și, deseori, deosebit de grave.

Paradoxal, civilizația a adus omului nenumărate capcane și în propriul său cămin.

De cele mai multe ori, protagoniștii acestor întâmplări sînt femeile care duc întreaga răspundere a unei gospodării, unde nu pridisesc să-și termine niciodată treburile, avînd alături copii care le secondează, neastîmpărați, iscoditori și inocenți.

Este imposibil să punctezi și să clasifici toate genurile de accidente potențiale la domiciliu. Cîteva mai des întîlnite, dar nu singurele, vor fi creionate aici.

Multe, pentru a nu spune toate, depind de atenția și grija pe care fiecare dintre noi trebuie să și-o impună înainte de a pleca și imediat după ce a sosit în casă.

Accidentele posibile în **cămară**: lipsa de ordine din această încăpere, duce deseori la accidente uneori de gravitate extremă. Amestecul alandala între sticle pline cu diverse băuturi (lapte, solvenți, insecticide), între prafuri alimentare cu altele de uz cu totul altul (pungi cu bicarbonat, cu DDT, cu praf de copt, cu praf de curățat etc. etc.) pot fi ușor luate și folosite ca alimente, mai cu seamă de către copii și deseori și de către adulți, datorită unui automatism, nediscriminator. Tot aici, lipsa de ordine și curățenie duce la pripășirea gîndacilor de bucătărie, a rozătoarelor purtătoare de boli, care infestază alimentele și îi îmbolnăvesc pe oameni. Alteleori, diferitele conserve uitate și perimate sînt folosite, generînd intoxicații alimentare severe. Rafturile improvizate, ancorările de vase și borcane pe suporturi subrede pot, prin cădere, cauza lovituri corporale de diverse intensități, mai ales la copii.

În **bucătărie** se pot produce inundații provocate de instalația sanitară defectă sau prin neglijența închiderii a robinetelor; explozii de gaz metan, prin defecțiuni ale conductei aragazului, buteliei, furtunului, (prin neglijența de a lăsa deschis unul sau mai multe ochiuri; uneori aprinse sau nu, dar care din diverse motive s-au stins, și aprinderea înainte de a deschide larg ferestrele pentru evacuare); alteleori, datorate procedurii greșit de a deschide gazul și numai după aceea de a se aprinde focul (și nu așa cum este normal ca focul să aștepte gazul). Arsurile cu lichide fierbinți — apă, uleiuri, grăsimi animale —, explozii

cu aburi din oale sub presiune cu garnituri defecte sau mecanisme inadecvate, sau decompreziuni prea grăbite, pot provoca accidente grave. Diferite plăgi prin tăiere, folosind neglijent cuțite ascuțite, satiruri, topoare; răniri datorate exploziilor de sifoane, de capsule; electrocutări folosind aparate de uz casnic defecte, improvizate și diverse alte robotizări menajere, insuficient cunoscute și anormal exploatate.

În **camera de zi** se pot întîmpla electrocutări la prizele defecte, la antene și în timpul reparațiilor amatoriste a televizoarelor, căderi ale corpurilor de biblioteci prost așezate, ale cărților, alune-cării pe parchet a scaunului cînd se prinde sau se desprinde perdeaua, căderi ale oglinzilor mari, căderi de candelabre, incendieri prin neglijența de care dau dovadă unii fumători, sau prin lăsarea la îndemîna copiilor a chibriturilor și brichetelor.

Și în **baie** se pot produce unele situații neplăcute: leșin, la persoanele suferinde, mai ales de cord, însoțit de grave lovituri craniene, uneori mortale (cînd se folosește apa prea fierbinte); alunecări pe grătare și pe săpun (cu lovituri diverse și grave fracturi); înecări, mai ales la copiii lăsați pentru o „clipă” în apă; electrocutări la folosirea prizei defecte (și nu numai) cu mîna umedă, inundații. Tot aici femeile mai pot suferi arsuri grave prin folosirea benzinei sau neofalinei la spălutul hainelor pe timp cald, care favorizează evaporarea în mediul închis, și folosirea întrerupătorului de lumină care chiar intact, strecoară invizibilă flamă, care detonează explozia și combustia.

În **balcon** se pot produce accidente datorită desprinderii unor obiecte ornamentale (glaste, jardiniere etc. insuficient asigurate) sau căderi de la înălțime (soldate cu accidente foarte grave).

Între accidentele din **dormitor** se numără electrocutările sau incendiile produse fie datorită diferitelor aparate de încălzit peste care s-au prăvălit materiale textile din motive diferite, fie a fierului de călcat, uitat pe masă, a țigărilor căzute în patul fumătorilor pasionați.

Medicii de la Salvare sînt adesea chemați pentru **căderi de la etaje** în timp ce se șterg geamuri, sau pentru scăpările din brațe a unor obiecte sau chiar a unor copii mici, ori a aruncării, voluntare sau forțate, a unor persoane pe fereastră etc.

În zilele de sărbătoare se pot întîmpla incendii prin folosirea neglijentă a artificilor, stări de ebrietate grave, cu lezări corporale între persoane, mai ales cu ocazia unor evenimente din viața de familie (nunți, mese festive etc.).

Sugarii se pot accidenta în timpul nopții în **lea-găn**, (prin sufocări cu diferite obiecte lejere, cu tetina, care s-a desprins de inelul de protecție, cu sinul mamei (care a adormit în timp ce alăpta), cu conținut gastric regurgitat și aspirat în căile respiratorii. Sint, de asemenea, posibile căderile din pătuș, înțepările cu obiecte ascuțite, strangulările prin introducerea capului între stinghiile prea rare ale pătuțului etc.

Chiar și **farmacia casei** poate fi sursă de accidente: astfel copiii, bătrînii cu grave tulburări de memorie, tinerile fete decepționate în dragoste pot lua medicamente lăsate prin casă neglijent, și care dau, chiar în doze mici, efecte grave, greu previzibile. Pe primul loc se situează hipnoticele de tip barbituric folosite foarte frecvent de oame-nii în vîrstă, (intoxicații mai ușor suportate de că-

tre adulți) și foarte greu de către oamenii în vîrstă. Apoi neurolepticele (clordelazin și romergan), tranchilizantele (diazepinice) și în general oricare medicament care devine periculos cînd este lăsat la îndemîna unor persoane, care au nevoie de protecție și supraveghere.

Asemenea drame le-au asistat sau trăit direct mulți medici, personalul medical sau activul obștesc de Cruce Roșie, chemat să acorde primul ajutor de urgență. Aceștia văd relativ frecvent persoane electrocutate, femei căzute prin alunecare pe parchet, cu lovituri craniene mortale, come, profunde prin ingerare de medicamente, copii arși ca urmare a unor regretabile întîmplări

și a unor condamnabile neglijențe, oameni care au murit din nimic și alții care au supraviețuit unor căderi de la etajul 7 sau chiar de mai sus. Din fericire pentru aceștia, roata norocului s-a învîrtit spre ei.

Un lucru e clar, cheia vieții n-o are nimeni, de aceea cu toții și mai ales femeile, mamele, acasă, pe stradă, la locul de muncă, să ne gîndim și la ce ni se poate întîmpla într-un moment de neatenție nouă sau membrilor de familie. Prudența ne va ajuta astfel să putem bara izbînda vremelnică a răului în viața noastră.

Dr. Ion TUTUNARU

CISTITELE

Prin cistită se înțelege inflamația vezicii urinare produsă de un proces infecțios propagat de la uretră sau de la rinichi. Localizarea cea mai frecventă a infecțiilor urinare, cistita se întîlnește în număr crescut la femei, datorită unor aspecte particulare anatomo-funcționale ale organismului acestora (uretra scurtă ce se deschide aproape de canalul vaginal și starea de graviditate, cînd uterul mărit de volum apasă pe vezica urinară).

Cum se manifestă cistita? Persoana în cauză urinează des, cu dureri resimțite, mai ales ca usturimi. Uneori usturimile, senzațiile de urinare inefficientă sînt așa de puternice încît persoana bolnavă este agitată și nu se poate odihni. Urina, atît cît se poate aduna, este tulbure (conține puroi) ori roșie (cu sînge). De la început trebuie reținut faptul că cistitele evoluează fără febră. Dacă la tabloul clinic prezentat (urinări frecvente și dureri, urină tulbure) se adaugă febra, avem de a face cu o infecție extinsă pînă la rinichi. În acest caz febra se poate însoți și de dureri lombare.

De regulă, după stabilirea diagnosticului, medicul cere un examen de urină care relevă prezența leucocitelor, uneori a hematiilor (în cistitele hemoragice) și flora microbiană. Pentru a evidenția microbul care a produs boala și sensibilitatea lui la antibiotice se face urocultura și antibiograma. Este de știut că o urocultură se consideră pozitivă (deci infecția e prezentă) dacă microbul (colibacil, proteus ori enterococ), este în număr mare, depășind 100 000 germeni pe ml de urină.

Prezentarea la medic este obligatorie pentru că în afară de tratament, el identifică cauzele care au concurat la producerea bolii.

Tratamentul constă în administrarea de chimioterapice (Furantril, Neoxazol), antispastice și analgezice (supozitoare de Lizadon sau Scobutil compus), repaus la pat, băi calde de șezut și ceaiuri.

Trebuie cunoscute și alte cîteva elemente privind tratamentul. Astfel, antibioticele se prescriu numai dacă urocultura indică o sensibilitate deosebită a unui germene. Dacă

după cîteva zile simptomatologia dispare, se continuă administrarea antibioticelor pînă la încheierea unei săptămîni, pentru a evita recidivele sau instalarea rezistenței microbiene.

Cînd cistita nu este tratată corect, cum se întîmplă cînd bolnavul își administrează medicamentele sub doza necesară, schimbîndu-le în funcție de cantitățile avute în casă (de exemplu, luînd penicilină, care nu are acțiune asupra germenilor infecției urinare) se ajunge la cronicizarea suferinței.

În cistita cronică, simptomatologia nu e așa de zgomotoasă. Există o senzație de greutate sau jenă în zona vezicii urinare sau pe traiecul uretrei, care se accentuează în timpul urinării. Pe acest fond apar perioade de acutizare. Cu timpul, fără intervenții corespunzătoare, se instalează infecția renală (pielonefrită) și deteriorarea funcției rinichiului.

În afară de această prezentare de ordin general a cistitelor, sînt de reținut cîteva forme specifice. Astfel, infecțiile urinare la copii și tineri au uneori ca substrat o serie de anomalii congenitale ale aparatului urinar.

La fete, oxiurii, prin iritația pe care o produc și vehicularea microbilor, devin factori cauzali ai cistitei.

Pentru femeia adultă, suferințele genitale (vulvo-vaginitele, metroanexitele), rupturile de perineu cu tulburări de statică a vezicii urinare (cistocel, incontinență urinară) și a uterului (prolaps uterin), bolile uretrei (prolapsul mucoasei, polipul etc.) constituie factori determinanți și de întreținere a infecției.

La bărbații în vîrstă, adenomul de prostată, prin obstacolul pe care-l produce, conduce la stagnarea urinei și la infectarea ei.

Alte cîteva clișee sînt de amintit pentru a arăta importanța examenului medical.

O cistită nocturnă, cu urini clare, este sugestivă pentru infecția de natură tuberculoasă, iar o cistită manifestă ziua și care „doarme” noaptea e întîlnită în litiiza vezicii urinare.

Pot fi prevenite cistitele? Multe dintre ele, da. Pe timp friguros, o îmbrăcăminte adecvată, evitarea așezării pe suprafețe reci sînt reguli elementare, la îndemînă pentru toți. Igiena actului sexual, depistarea trichomonosului, tratarea precoce a tuturor afecțiunilor tractului genital, a diabetului și constipației sînt atît acte utile în sine, cît și căi demonstrate de prevenire a infecțiilor urinare.

Dr. Grigore BUȘOI



GARNITURI PENTRU BLUZE

2



3

Broderiile, aflate în mare vogă în materie de vestimentație, dau în general o notă de rafinament atunci când sînt executate cu gust și finețe.

Vă prezentăm două modele de bluză, cu mîncă lungă și scurtă, care au aplicate pe piept și guler broderia cu motivul din figura 4.

Bluzele se pot lucra din șifon (alb, bleu, verde) sau din pînză topită (un material foarte potrivit pentru vară), iar motivul se va broda cu bumbac sau ață de brodat în culoarea bluzei, dar de o nuanță mai închisă (de exemplu, la o bluză bleu se va folosi ață bleumarin sau albastru închis).

Bluza de bumbac sau poliester din figura 3 poate fi cumpărată din comerț gata confecționată. I se va aplica pe piept motivul cu cireșe, care va fi decupat din mătase sau catifea și apoi aplicat. Marginile motivului se vor prinde printr-un feston executat manual sau cu mașina de cusut.

TERAPIE NATURISTĂ



Rosmarinul (*Rosmarinus officinalis*), din familia Labiatelor, este o plantă mult îndrăgită nu numai de poeți și îndrăgostiți, ci și de frumoasele care știu să prețuiască darurile naturii, folosindu-le pentru a rămîne mereu tinere și fermecătoare. Planta a fost întrebuințată încă din vechime ca drog de bază în miraculosul „elixir” de tinerețe, utilizat între alte celebre femei și de către regina Elisabeta a Ungariei, care, la 72 de ani, a reușit, întrebunțînd-o, să cîștige dragostea regelui Poloniei. Dincolo de farmecul tomnatic al acestei povești, sã nu uităm adevăratele virtuți ale Rosmarinului, amintit de altfel în multe din cîntecele de dragoste ale poporului nostru. Folosit cu perseverență, el dă suplețe pielii, împiedică formarea ridurilor, conferă strălucire tenului și îl întinerește. În cură internă combate anxietatea, palpitațiile, insomnia, nervozitatea, tulburările intestinale.

Pentru ten se va prepara o loțiune concentrată din 50—60 g de frunze și flori, proaspete sau uscate, infuzate într-un litru de apă fierbinte. Fața bine spălată se va loționa seara și dimineața sau se va sta circa 10 minute cu fața deasupra vasului aburind în care s-a preparat infuzia.

Murul (*Rubi fruticosi*), din familia Rosaceelor, conține tanin, avînd proprietăți astringente bine cunoscute. În cosmetică este deosebit de util pentru tratarea tenului gras și al celui acneic. Se prepară o loțiune din 30 g de frunze și 1/2 litru de apă de trandafiri sau apă minerală. Se lasă la macerat 24 de ore și se va loționa fața seara și dimineața.

ȘERVETELE BRODATE



O masă festivă poate fi organizată și fără obișnuita față de masă. În locul ei se vor folosi șervetele confecționate din pînză de bumbac (albă sau bej), garnisite pe margini cu o danteluță fină. Pe șervetele se va broda o ferigă, după modelul alăturat. Pentru contur se va folosi bumbac alb, iar pentru picourile argintii o mătase galbenă sau de un colorit verde deschis. Pentru fiecare musafir se va așeza un șervetel mai mare astfel brodat, ca suport pentru tacîmuri și farfurie. Un alt șervetel, mai mic, v-a fi folosit în locul celui de hirtie. Pe lingă aspectul plăcut al mesei se vor preveni inesteticele pete de pe fața de masă care la spălat dau atîta bătaie de cap gospodinelor.

„FARMEC” Cluj-Napoca VĂ OFERĂ
Gama de produse cosmetice
„gerovital plant” cu un conținut

BOGAT ÎN EXTRACTE VEGETALE.
MENTINE TINERETEA ȘI PROSPETIMEA
EPIDERMEI.



ÎNTEPRINDEREA DE PRODUSE COSMETICE „NIVEA“-BRAȘOV

PREZINTĂ

PRODUSE DERMA - FARMACEUTICE PE BAZĂ DE PRINCIPII ACTIVE VEGETALE



Produsele Tonorelaxin (loțiunea și crema) prin conținutul în principii active vegetale - tinctură arnica, extract calapăr, ulei Chrysanthemum balsamita și ulei de cătină - au acțiune antiinflamatoare, antialgică, decongestivă, de stimulare a centrilor nervoși periferici și a circulației periferice, o acțiune tonică și decontracturantă asupra musculaturii striate. Efectele se instalează în general rapid și sînt de lungă durată.

Produsele se utilizează în medicina sportivă, reumatologie, ortopedie în următoarele cazuri:

- Traumatisme accidentale, survenite în timpul competițiilor sportive, antrenamentelor sau efortului fizic susținut (entorse, luxații, contracturi, rupturi de fibră, etc.)

- Nevralgii intercostale și neuromialgii

- Artroze și spondiloză

- Pregătirea optimă a tonusului muscular în competiția sportivă

- Refacerea după antrenamente (întinderi musculare, febră musculară, dureri ale musculaturii și articulațiilor)

Rezultatele obținute cu aceste produse sînt superioare celor înregistrate cu produse din import, Mobilat și Reparil.

Avantajul suplimentar al produselor Tonorelaxin este acela că, fiind constituite numai din principii active naturale, sînt bine tolerate, fără a avea acțiuni adverse sau contraindicații.

Cele două produse (loțiunea și crema) au următoarele **indicații**: neuromialgii, miozite, tendinite, bursite, nevralgii intercostale, mialgii, torticolis, algii în cadrul osteopatiilor degenerative (artroze, spondiloză); sechele dureroase după traumatisme accidentale (entorse, luxații, întinderi musculare și de ligamente).

Contraindicații: este interzisă aplicarea pe pielea tratată sau lezată - la nivelul plăgilor, sub pansament oclisiv. Se interzice celor cu afecțiuni hepato-renale grave sau cu cardiopatii decompensate, precum și gravidelor.

Mod de administrare: se aplică pe zona dureroasă un strat subțire de cremă, masindu-se apoi regiunea pînă la pătrunderea produsului în piele. Dacă este cazul, crema poate fi aplicată maximum de două ori pe zi, timp de cîteva zile.

Produsele Tonorelaxin (loțiunea și crema) au fost apreciate în cadrul lucrărilor Congresului național de farmacie (București, septembrie 1984) și ale Congresului Latin de Medicină Sportivă (Brașov, 1985).

Familia, celulă de bază a societății, se bucură în patria noastră socialistă de o atenție și o grijă deosebită din partea partidului și statului, fiind ocrotită și sprijinită prin măsuri economice și sociale, în scopul consolidării și dezvoltării ei. Fiecare proaspăt partener dintr-o familie are în memorie prevederile cuprinse în articolul 1 din Codul familiei, formulate de ofițerul de stare civilă, la încheierea căsătoriei, liber conșimțite dintre soți.

Enumerăm mai jos câteva dintre cele mai importante prevederi ale acestui cod a căror cunoaștere se impune în fiecare familie, indiferent de momentul întemeierii ei. Spunem aceasta cu atât mai mult cu cât, din practica activității noastre curente, reiese necesitatea însușirii temeinice a tuturor prevederilor referitoare la relațiile dintre soți, la drepturile și îndatoririle lor în căsătorie și față de copiii rezultați din aceasta.



BREVIAR JURIDIC AL FAMILIEI

ÎNCHEIEREA CĂSĂTORIEI

Art. 4: Bărbatul se poate căsători numai dacă a împlinit vârsta de optsprezece ani, iar femeia numai dacă a împlinit șaisprezece ani. Cu toate acestea, pentru motive temeinice, se poate încuviința căsătoria femeii care a împlinit cincisprezece ani. Încuviințarea se poate da de Comitetul Executiv al Consiliului Popular al municipiului București sau al județului în cuprinsul căruia își are domiciliul femeia și numai în temeiul unui aviz oficial dat de un medic.

Art. 6: Este oprită căsătoria între rudele în linie dreaptă, precum și între cele în linie colaterală pînă la al patrulea grad, inclusiv.

Art. 9: Este oprit să se căsătorească alienatul mintal, debilul mintal, precum și cel care este lipsit vremelnic de facultățile mintale, cît timp nu are discernămintul faptelor sale.

Art. 10: Căsătoria nu se va în-

cheia dacă viitorii soți nu declară că și-au comunicat reciproc starea sănătății lor. În cazul în care, prin lege specială, este oprită căsătoria celor suferinzi de anumite boli, se vor aplica dispozițiile acelei legi.

Art. 11: Căsătoria se încheie în fața delegatului de stare civilă al consiliului popular al comunei, orașului sau sectorului în cuprinsul căruia se află domiciliul sau reședința unuia dintre viitorii soți.

DREPTURILE ȘI OBLIGAȚIILE PERSONALE ALE SOȚILOR.

Art. 25: Bărbatul și femeia au drepturi și obligații egale în căsătorie.

Art. 26: Soții hotărăsc de comun acord în tot ce privește căsătoria.

Art. 27: La încheierea căsătoriei, viitorii soți vor declara, în fața delegatului de stare civilă, numele pe care s-au învoit să-l poarte în căsătorie.

Soții pot să-și păstreze numele lor dinaintea căsătoriei, să ia numele unuia sau altuia dintre ei sau numele lor reunite.

Art. 28: Soții sînt obligați să poarte în timpul căsătoriei numele comun declarat.

DREPTURILE ȘI OBLIGAȚIILE PATRIMONIALE ALE SOȚILOR.

Art. 29: Soții sînt obligați să contribuie, în raport cu mijloacele fiecăruia, la cheltuielile casniciei.

Art. 30: Bunurile dobîndite în timpul căsătoriei, de oricare dintre soți, sînt, de la data dobîndirii lor, bunuri comune ale soților.

Art. 31: Nu sînt bunuri comune, ci bunuri proprii ale fiecărui soț: bunurile dobîndite înainte de încheierea căsătoriei; bunurile dobîndite în timpul căsătoriei prin moștenire, legat sau donație, afară numai dacă dispunătorul a prevăzut că ele vor fi comune: bunurile de uz

personal și cele destinate exercitării profesiei unuia dintre soți; bunurile dobândite cu titlu de premii sau recompensă, pentru manuscrise științifice, opere artistice sau literare, schițe și proiecte artistice, proiecte de invenții și inovații, precum și alte asemenea bunuri.

Art. 32. Soții răspund cu bunurile comune pentru: cheltuielile făcute cu administrarea ori căruia dintre bunurile lor comune; obligațiile ce au contractat împreună; obligațiile contractate de fiecare dintre soți pentru împlinirea nevoilor obișnuite ale căsniciei; repararea prejudiciului cauzat prin însușirea de către unul dintre soți a unor bunuri proprietate socialistă, dacă prin aceasta au sporit bunurile comune ale soților.

Art. 35. Soții administrează și folosesc împreună bunurile comune și dispun tot astfel de ele. Oricare dintre soți, exercitând singur aceste drepturi, este socotit că are și consimțământul celuilalt soț. Cu toate acestea, nici unul dintre soți nu poate înstrăina și nici nu poate greva un teren sau o construcție care face parte din bunurile comune, dacă nu are consimțământul expres al celuilalt soț.

Art. 36. La desfacerea căsătoriei, bunurile comune se împart între soți, potrivit dorinței acestora. Dacă soții nu se învoiesc asupra împărțirii bunurilor comune, va hotări instanța judecătorească. Pentru motive temeinice, bunurile comune, în întregime sau numai o parte din ele, se pot împărți prin hotărâre judecătorească și în timpul căsătoriei. Bunurile astfel împărțite devin bunuri proprii. Bunurile neîmpărțite, precum și cele ce se vor dobîndi ulterior, sînt bunuri comune.

DESFACEREA CĂSĂTORIEI

Art. 37. Căsătoria încetează prin moartea unuia dintre soți sau prin declararea judecătorească a morții unuia dintre ei. Căsătoria se poate desface, în cazuri excepționale, prin divorț.

Art. 38. Instanța judecătorească nu poate desface căsătoria prin divorț decît atunci cînd, datorită unor motive temeinice, raporturile dintre soți sînt atît de grav și iremediabil vătămăte încît continuarea căsătoriei este vădit imposibilă pentru cel care cere desfacerea ei. Instanța va

aprecia, cu deosebită grijă temeiurile cererii de divorț, imposibilitatea continuării căsătoriei, ținînd seama și de durata acesteia și de interesele copiilor minori.

Art. 39. Căsătoria este desfacută din ziua cînd hotărîrea prin care s-a pronunțat divorțul a rămas definitivă.

Față de terț, efectele patrimoniale ale căsătoriei încetează de la data cînd s-a făcut mențiunea despre hotărîrea de divorț pe marginea actului de căsătorie, sau de la data cînd ei au cunoscut divorțul pe altă cale.

Art. 41. Pînă la desfacerea căsătoriei în condițiile prevăzute de art. 39, soții își datorează întreținere.

Soțul divorțat are dreptul la întreținere, dacă se află în nevoie din pricina unei incapacități de muncă survenite înainte de căsătorie, ori în timpul căsătoriei; el are drept la întreținere și atunci cînd incapacitatea se ivese în decurs de un an de la desfacerea căsătoriei, însă numai dacă incapacitatea se datorează unei împrejurări în legătură cu căsătoria.

Întreținerea datorată potrivit dispozițiilor alin. 2 poate fi stabilită pînă la o treime din venitul net de muncă al soțului obligat la plata ei, potrivit cu nevoia celui care o primește și cu mijloacele celui ce urmează a o plăti. Această întreținere, împreună cu întreținerea datorată copiilor, nu va putea depăși jumătate din venitul net din muncă al soțului obligat la plată.

Cînd divorțul este pronunțat numai din vina unuia dintre soți, acesta nu va beneficia de prevederile alin. 2 și 3 decît timp de un an de la desfacerea căsătoriei.

În toate cazurile, dreptul la întreținere încetează prin recăsătorirea soțului îndreptățit să o primească.

Art. 42. Instanța judecătorească va hotări, odată cu pronunțarea divorțului, căruia dintre părinți vor fi încredințați copiii minori. În acest scop, instanța va asculta părinții și autoritatea tutelară și, ținînd seama de interesele copiilor, pe care, de asemenea, îi va asculta, dacă au împlinit vîrsta de 10 ani, va hotări, pentru fiecare dintre copii, dacă va fi încredințat tatălui sau mamei.

Pentru motive temeinice, copiii pot fi încredințați unor rude, ori unor alte persoane, cu consimțământul acestora, sau unor instituții de ocrotire.

Totodată, instanța judecătorească va stabili contribuția fiecărui părinte la cheltuielile de creștere, educare, învățatură și pregătire profesională a copiilor.

Învoiala părinților privitoare la încredințarea copiilor și la contribuția fiecărui părinte la cheltuielile de creștere, educare, învățatură și pregătire profesională a acestora va produce efecte numai dacă a fost încuviințată de instanța judecătorească.

Art. 43. Părintele divorțat, căruia i s-a încredințat copilul, exercită cu privire la acesta drepturile părintești.

Cînd copilul a fost încredințat unei alte persoane sau unei instituții de ocrotire, instanța judecătorească va stabili care dintre părinți va exercita dreptul de a-i administra bunurile și de a-l reprezenta sau de a-i încuviința actele. Persoana sau instituția de ocrotire căreia i s-a încredințat copilul va avea față de acesta numai drepturile și îndatoririle ce revin părinților privitor la persoana copilului. Dispozițiile art. 108 se aplică prin asemănare.

Părintele divorțat, căruia nu i s-a încredințat copilul, păstrează dreptul de a avea legături personale cu acesta, precum și de a veghea la creșterea, educarea, învățatură și pregătirea lui profesională.

Art. 44. În cazul schimbării împrejurărilor, la cererea oricăruia dintre părinți sau a copilului, dacă acesta a împlinit vîrsta de 14 ani, a autorității tutelare sau a vreunei instituții de ocrotire, instanța judecătorească va putea modifica măsurile privitoare la drepturile și obligațiile personale sau patrimoniale între părinții divorțați și copii.

Modificarea măsurilor luate potrivit dispozițiilor art. 42 alin. 1 și 2 se va face cu paza cerințelor prevăzute de acele dispoziții.

RUDENIA

Art. 45. Rudenia este legătura bazată pe descendența unei persoane — dintr-o altă persoană sau pe faptul că mai multe persoane au un ascendent comun. În primul caz rudenia este în li-

nie dreaptă, iar în al doilea, în linie colaterală.

Rudenia în linie dreaptă poate fi ascendentă sau descendentă.

Art. 46. Gradul de rudenie se stabilește astfel:

a) în linie dreaptă, după numărul nașterilor; astfel, fiul și tatăl sînt rude în gradul întâi, nepotul de fiu și bunicul sînt rude de gradul al doilea;

b) în linie colaterală, după numărul nașterilor, urcînd de la una dintre rude pînă la ascendentul comun și coborînd de la acesta pînă la cealaltă rudă; astfel, frații sînt rude în gradul al doilea, unchiul și nepotul în gradul al treilea, verii primari în gradul al patrulea.

FILIAȚIA FAȚĂ DE MAMĂ

Art. 47. Filiația față de mamă rezultă din faptul nașterii. Ea se dovedește prin certificatul constatator al nașterii.

Art. 48. Dacă nașterea nu a fost înregistrată în registrul de stare civilă, ori dacă copilul a fost trecut în registrul de stare civilă ca născut din părinți necunoscuți, mama poate recunoaște pe copil.

Recunoașterea se poate face prin declarație la serviciul de stare civilă fie printr-un act autentic, fie prin testament.

Recunoașterea, chiar făcută prin testament, nu se poate revoca.

FILIAȚIA FAȚĂ DE TATĂ

Art. 53. Copilul născut în timpul căsătoriei are ca tată pe soțul mamei.

Copilul născut după desfacerea, declararea nulității sau anularea căsătoriei are ca tată pe fostul soț al mamei, dacă a fost conceput în timpul căsătoriei și nașterea sa a avut loc înainte ca mama să fi intrat într-o nouă căsătorie...

Art. 54. Paternitatea poate fi tăgăduită, dacă este cu neputință ca soțul mamei să fie tatăl copilului.

Acțiunea de tăgăduire a paternității poate fi pornită numai de soț; moștenitorii acestuia pot continua acțiunea pornită de el.

Dacă soțul este pus sub interdicție, acțiunea va putea fi pornită de tutore, însă numai cu în-cuviințarea autorității tutelare...

Art. 59. Acțiunea în stabilirea paternității din afara căsătoriei aparține copilului și se pornește în numele său de către mamă,

chiar dacă este minoră, ori de reprezentantul lui legal.

Dreptul de a porni acțiunea în stabilirea paternității nu trece asupra moștenitorilor copilului; ei pot continua acțiunea pornită de acesta.

Acțiunea în stabilirea paternității poate fi pornită și împotriva moștenitorilor pretinsului tată.

Art. 60. Acțiunea în stabilirea paternității din afara căsătoriei poate fi pornită în termen de un an de la nașterea copilului.

Dacă, în cazul prevăzut în art. 54, alin 1, un copil a pierdut calitatea de copil din căsătorie, prin efectul unei hotărîri judecătorești, termenul de un an, pentru pornirea acțiunii în stabilirea paternității din afara căsătoriei, va curge de la data de cînd acea hotărîre a rămas definitivă.

În cazul în care mama a conviețuit cu pretinsul tată, ori dacă acesta din urmă a prestat copilului întreținere, termenul de un an va curge de la încetarea conviețuirii ori a întreținerii.

Art. 61. Termenul cuprins între a treisuta și a o sutăoptzecea zi dinaintea nașterii copilului este termenul legal al concepțiunii. El se socotește de la zi la zi.

Art. 63. Copilul din afara căsătoriei a cărui filiație a fost stabilit prin recunoaștere sau prin hotărîre judecătorească are față de părinte și rudele acestuia, aceeași situație ca și situația legală a unui copil din căsătorie.

OBLIGAȚIA DE ÎNTREȚINERE

Art. 86. Obligația de întreținere există între soț și soție, părinți și copii, cel care a înfiat, buni și nepoți, străbuni și strănepoți, frați și surori, precum și între celelalte persoane anume prevăzute de lege.

Are drept la întreținere numai acela care se află în nevoie, neavînd putința unui cîștig din muncă, din cauza incapacității de a munci.

Descendentul, cît timp este minor, are drept la întreținere oricare ar fi pricina nevoii în care se află.

Art. 89. Întreținerea se datorează în ordinea următoare: soții își datorează întreținere înaintea celorlalți obligați; descendentul este obligat la întreținere înaintea ascendentului,

iar, dacă sînt mai mulți descendenți sau mai mulți ascendenți, cel în grad mai apropiat înaintea celui mai îndepărtat; cel ce înfiază este obligat la întreținerea înaintea părinților firești; frații și surorile își datorează întreținere după părinți, însă înaintea bunilor.

Art. 94. Întreținerea este datorată potrivit cu nevoia celui care o cere și cu mijloacele celui ce urmează a o plăti.

Instanța judecătorească va putea mări sau micșora obligațiile de întreținere sau hotărî încetarea ei, după cum se schimbă mijloacele celui care dă întreținerea sau nevoia celui ce o primește.

Cînd întreținerea este datorată de părinte sau de cel care înfiază, ea se stabilește pînă la o pătrime din cîștigul său din muncă pentru un copil, o treime pentru doi copii și o jumătate pentru trei sau mai mulți copii.

Art. 100. Copilul minor locuiește la părinții săi.

Dacă părinții nu locuiesc împreună, aceștia vor decide, de comun acord, la care dintre ei va locui copilul. În caz de neînțelegere între părinți, instanța judecătorească, ascultînd autoritatea tutelară, precum și pe copil, dacă acesta a împlinit vîrsta de 10 ani, va decide, țînd seama de interesele copilului.

Art. 109. Dacă sănătatea sau dezvoltarea fizică a copilului este primejduită prin felul de exercitare a drepturilor părintești, prin purtarea abuzivă sau prin neglijență gravă în îndeplinirea îndatoririlor de părinte ori dacă educarea, învățatura sau pregătirea profesională a copilului nu se face în spirit de devotament față de Republica Socialistă România, instanța judecătorească, la cererea autorității tutelare, va pronunța decăderea părintelui din drepturile părintești.

Citarea părinților și a autorității tutelare este obligatorie.

Ruxandra NEAGU
Judecător,
vicepreședintă a Judecătoriei
Sectorului 4, București



CUPLURI FRAGILE



Odată cu afirmarea profesională și socială, „viața în doi” reprezintă formula care aduce fiecărui individ nimbul fericirii personale, satisfacția de a împărtăși, celui alt sau celeilalte, bucuriile și împlinirile, de a găsi în celălalt un sprijin necondiționat și eficace de-a lungul întregii existențe.

Muguri iubirii, iviți în pragul adolescenței, înfloresc sub soarele arzător al apropierei și cunoașterii reciproce, al aspirației amindurora de a îndeplini cea mai „neînsemnată” dorință a celui alt.

Numai că unii tineri nu pot discerne întotdeauna între sentimentul profund al iubirii, cu componentele sale legate de intelect, de capacitatea de apreciere, de discernămintul specific, și emoția dezlănțuită ce inundă întreaga ființă, asociată de regulă cu tendința nestăvilă de a fi lângă ființa dorită.

Emoția nu este însă iubire. Starea emoțională de plăcere și de bucurie trezită de o anume față sau băiat pare incendiară, de nestăpinit, antrenează numeroase componente neuro-vegetative și orientează întreaga personalitate și toate interesele către mobilul în cauză, sectionând uneori preocupările și interesele curente ale tinărului sau tinerei.

Iubirea nu exclude starea emoțională de satisfacție și plăcere produsă de prezența ființei în cauză – ele coexistă în cele mai multe cazuri – dar reprezintă un mai înalt și complex fenomen afectiv. Iubirea face parte din sentimentele cele mai înalte umane, așa cum le cunoaștem cu toții.

Emoția este, într-adevăr, o trăire puternică, dar neasociată cu un sentiment de iubire este trecătoare, rămânând motivată, de regulă, de factori externi. În căsniciile reușite această însoțire dintre emoție și sentiment este extrem de vizibilă. Soțul și soția continuă să reverbereze, să trăiască aceleași puternice stări emoționale la vederea celui alt tocmai pentru că emoția a preluat simțămîntul de dragoste, prețuirea definitivă a celui alt rămânând chiar dacă elementele care au generat inițial starea emotivă, înfățișarea exterioară sau alte însușiri, au fost amendate în trecerea timpului.

Cînd la baza formării unui cuplu trecătoarea emoție ține locul iubirii și stimei reciproce nu este greu de înțeles de ce „fiabilitatea”, trăinicia legăturii dintre cei doi devine, nu după mult timp, discutabilă. Se mai pot întîlni uneori și tineri care pășesc în frumoasa instituție a căsătoriei ghidindu-se după un criteriu unic, director, care, de fapt, nu figurează în adevărata scară a valorilor și onestității. Tentația unei situații materiale asigurată din start, pe care o „oferă” unul dintre soți celui alt, substituie sentimentelor dintre ei mobiluri de un alt ordin, care conferă fami-

liei, astfel constituită o tentă de inautenticitate, de superficialitate și, în cele din urmă, de insatisfacție pentru ambii parteneri. O asemenea uniune dintre doi parteneri nu îndeplinește statutul de familie, căci este lipsită de cel mai important dintre elementele sale motivaționale, adică de sentimentul autentic de iubire, cu tot ceea ce implică aceasta.

Eșecul unor cazuri limită, încărcate de dramatism, este și mai profund și dureros dacă au apărut și copii, care, în asemenea „familii”, nu pot descoperi la părinții lor simțămîntul de solidaritate și devotament reciproc, din care să rezulte securitatea lor afectivă, de care ei, copiii, au atîta nevoie. Fie că sînt la vîrsta grădiniței, fie la vîrste mai mari, copiii se confruntă cu problemele și exigențele procesului instructiv-educativ față de care trebuie să se prezinte cu un echilibru psiho-afectiv constituit, cu o capacitate de asimilare a cunoștințelor intactă, nealterată de problemele nerezolvate ale propriilor lor părinți.

Studiile efectuate în acest sens au pus de altfel în evidență legătura dintre calitatea climatului familial și rezultatele la învățătură ale copiilor de diferite vîrste.

Fragilitatea unor cupluri mai poate să rezulte și din situația în care tinerii, fără a chibzui îndeajuns, pășesc în căsnicie înainte ca să fi dobîndit independența economică necesară întinerii familiei nou constituite. Se mai poate întîmpla ca unul dintre soți, fără a avea o motivație întemeiată, să considere că trebuie să fie „întreținut” de celălalt, pe termen nelimitat. Aici nu luăm în discuție situația în care unul dintre soți se ocupă de creșterea și educarea copilului sau copiilor sau de situația în care unul dintre soți este bolnav. Aici se poate pune în discuție atitudinea parazită a unora care consideră că li se cuvine dreptul ca altcineva să-i întrețină fie soț, fie părinți.

Societatea noastră este o societate a muncii și nu există bucurie mai mare decît aprecierea datorată muncii depuse. În asemenea condiții, cînd toate problemele familiei și le asumă numai unul din soți, calitatea vieții, a climatului, a relațiilor dintre ei este susceptibilă de deteriorări.

Îată de ce este necesar să revenim mereu, să accentuăm asupra importanței capitale pe care o prezintă alegerea responsabilă sub toate aspectele a partenerului de viață ca și a momentului în care cei doi se hotărăsc să-și unească existența.

O pregătire în acest sens presupune înainte de toate o cunoaștere reciprocă a însușirilor dar și a neajunsurilor din personalitatea celui alt, a modului în care viitorul soț sau soție este apreciat de părinții săi, de colegii de muncă, de prieteni. Și nu în ultimă instanță, fiecare fată sau băiat, înainte de a spune „da” viitorului partener de viață trebuie să decidă că va fi pentru acesta nu numai soț sau soție, dar în primul rând prieten și sfătuitor, părinte la nevoie, ajutor neprecupețit în toate momentele bune sau rele ale vieții în comun.

Cele mai multe fisuri în familia tinăra se datoresc alegerii greșite, pripite ori interesate a partenerului de viață.

Așa zisul tact, atitudinea diplomatică nu pot înlocui afecțiunea sinceră și generozitatea izvorite din dragoste.

Experiența bogată, valoroasă a părinților trebuie să fie un sprijin pentru familia tinăra, intervențiile să aibă un caracter constructiv, de menajare a susceptibilităților, de apreciere și aprobare a ceea ce fiecare din soți are mai bun, de sprijin pentru bunul mers al familiei nou create.

Tinerilor nu trebuie să li se impună cu tot dinadinsul modelele de viață ale vîrstnicilor și în nici un caz să nu se procedeze la condamnarea nejustificată și răuvoitoare a ginerelui sau a norei în fața fiicei sau fiului „mult iubit”.

În alte cazuri, viața de familie își poate pierde cursul normal și datorită faptului că soții întârzie sau amână apariția copiilor. Asemenea cupluri sînt și ele vulnerabile prin aceea că sînt lipsite de cunoașterea puternicelor simțăminte pe care orice părinte le încearcă în fața minunii pe care chiar el a creat-o - copilul său.

Copiii, ca prelungire în viitor a vieții părinților lor, sînt expresia cea mai luminoasă și mai concretă a dragostei lor.

În copii, părinții se regăsesc unul pe altul la fel și parcă altfel mai buni, mai frumoși, mai tineri, mai înzestrați, de aici mindria lor nemăsurată dar perfect justificată pentru copii.

De la copii, părinții reinvață jocul, inocența, răbdarea chiar.

Nu sînt rare cazurile cînd pentru mulți părinți nașterea unui copil echivalează cu o avansare, produc o bucurie egală, dacă nu chiar mai mare.

Tristețea din familiile fără copii, din acele familii care nu au dorit copii, sau cel puțin așa declară, ori care nu l-au mai putut avea la un moment dat, aminînd la nesfîrșit acest „obiectiv” este greu de compensat.

În asemenea familii împlinirea vieții în doi nu s-a produs și acest fapt este resimțit de fiecare chiar dacă nu este recunoscut ca atare, ca un puternic sentiment de regret, de culpabilitate chiar și care se accentuează cu trecerea timpului.

Lipsa copiilor din familie este nefirească pentru individ, chiar pentru sănătatea lui biologică și psihică, pentru cuplu, pentru trăinicia și bogăția vieții în doi, lezînd nu numai bucuria de a trăi și a lucra, căci unul dintre idealurile primordiale lipsește, dar se produce în asemenea cazuri o sărăcire afectivă, adică tocmai în cel mai colorat și dinamic registru al personalității, cel care încarcă ființa umană cu energia motivațiilor, speranțelor și realizărilor.

În întreaga sa dezvoltare, societatea omească și-a datorat în cele mai multe privințe evoluția activității oamenilor, a acelor oameni care au trăit și s-au bucurat de transmiterea experienței de la înaintași, ca și de binefacerile și satisfacțiile pe care le asigură familia, de împlinirea și îrepetabila fericire produsă de existența urmașilor.

Psiholog Lucia PIETRARU

CĂSĂTORII NEOBIȘNUTE

Și astăzi în unele țări alegerea partenerului de viață se face în mod forțat. De exemplu, în anul 1966, într-o zonă îndepărtată din Columbia (S.U.A.), s-a ajuns la un „război” de trei zile. Fiul unui șef de trib a răpit o „princesă” dintr-un alt trib. În cursul „războiului” și-au pierdut viața cinci bărbați și alți patru s-au ales cu răni grave.

Diferențele sociale n-au permis mult timp alegerea liberă a partenerului în multe părți ale lumii acest principiu fiind cu strășnicie apărut.

Un caz interesant a fost și alegerea soțului de către antropoloaga americană Wyn Sargent, care a studiat viața și comportarea triburilor Obahork. În cadrul acestor cercetări l-a întâlnit pe fiul unei căpetenii, cu care s-a căsătorit potrivit obiceiului tribului.

În unele cazuri, nici diferențele de înălțime nu reprezintă o piedică pentru încheierea căsătoriei. În fața ofițerului stărilor civile din Pennsylvania s-a căsătorit James Brisloc, clown la Circul „Barnum”, care avea o înălțime de 1,22 metri, cu Sandra Rónov, o stea a trapezului, care avea înălțimea de 1,72 metri.

La Londra, cu puțină vreme în urmă, s-a deschis un birou de intermediari pentru căsătoria persoanelor înalte. Se primesc cereri și oferte numai ale aceluia a căror înălțime depășește doi metri.

Un caz rar de încheiere a căsătoriei a avut loc în satul Andrichsfurt din Australia. Patru copii ai familiei Zochsberger și-au celebrat nunta în aceeași zi, în prezența celor 700 de locuitori ai satului. Dintre cei unsprezece copii ai familiei și-a serbat căsătoria Friedrich de 27 ani, Josef de 26 ani, Rudolf de 23 ani și Ernestina de 24 ani.

O căsătorie rară a avut loc într-o localitate nu departe de Katowice (R.P. Polonă). Doi băieți gemeni s-au căsătorit cu două fete gemene. Concomitent, tatăl băieților s-a căsătorit cu mama fetelor. Și astfel, mama a devenit și soacra propriilor sale fiice iar soțul ei, socrul băieților săi.

Douăsprezece căsătorii, chiar dacă este vorba de frați sau surori, este un caz mai rar. Dar dacă 800 de perechi se cunună deodată? La începutul anului 1968, la periferia orașului Mexico City și-au serbat cununia opt sute de perechi tinere, în cadrul acțiunii „Lupta împotriva copiilor nelegitimi”.

Este aproape de necrezut că în anul 1971, în orașul Lima, capitala Peru-ului, a avut loc în aceeași zi căsătoria a 4 000 de perechi. Acest eveniment a devenit o adevărată serbare populară. Cel mai în vîrstă mire avea 92 de ani și mireasa 64 ani, iar cel mai tânăr mire avea 19 ani în timp ce mireasa lui avea numai 15 ani.

Culese de T. CUTLIC

PRIMA NOAPTE DE CĂSĂTORIE



În antichitate, virginitatea era considerată cel mai prețios bun al unei fete, fiind oferită zeilor, în cadrul unor manifestări simbolice de supunere religioasă. În India de răsărit, fetele ofereau himenul zeului Lingam, statuie cu organe genitale din piatră, ce realiza deflorarea, adesea în fața familiei, inclusiv a soțului, mulțumit de atenția și onoarea ce i-o arăta zeul. După etapa zeilor, dreptul la deflorare a trecut la exponenții religioși.

La unele popoare din Asia răsăriteană, preoților ce îndeplineau acest ritual li se ofereau și daruri în numele divinității. La unele triburi din Africa, virginitatea era păstrată prin practici ce constau în sectionarea cu cuțitul a labiilor vulvei, care apoi se coseau, obținându-se după cicatrizare un orificiu mic, necesar scurgerii sîngelui menstrual. Astfel, nu se putea executa nici un contact sexual înainte de căsătorie.

Prima noapte de căsnicie este foarte importantă pentru viitorul familiei, pentru ambii parteneri. În prima noapte de dragoste fata este o începătoare. Bărbatul trebuie să fie stăpînit, delicat și atent, evitînd astfel reacții neplăcute, cum ar fi teama de actul sexual, psihoze sau leziuni vaginale, repulsie față de soț sau frigiditate. Dacă fata este virgină, bărbatul trebuie să o menajeze și să o pregătească cu tact și delicatețe pentru actul sexual.

Rigiditatea spirituală și fizică a fetei trebuie îndepărtată cu gingașie, deoarece primul contact sexual este definitoriu pentru întreaga sa viață. Nu se va cere tinerei fete să se dezbrace complet, avînd în vedere existența unui sentiment puternic de pudoare la aceasta. Se va acorda mare atenție pregătirii actului sexual, prelungindu-se îmbrățișările, săruturile, mîngîierile, în special ale zonelor de excitație, roșirea unor cuvinte calde de dragoste și apreciere. Femeia trebuie să cunoască teoretic acest moment și să participe activ, apropiindu-se și nu îndepărtîndu-se de bărbat.

Sîngerarea este foarte redusă și se oprește la apropierea picioarelor. Nu se va cere unei femei să aibă imediat orgasm, acesta obținîndu-se în timp, satisfacția pentru ea fiind mai

redusă. Bărbatul, din cauza stării de tensiune prelungită, va ejacula ușor și va avea o oarecare insatisfacție. Cu timpul, aceste situații vor trece neobservate, iar cuplul va căpăta experiență.

Dacă deflorarea — care în general se realizează ușor — nu s-a putut efectua la primul contact se recomandă să nu se insiste, iar bărbatul să manifeste maximă grijă și tandrețe față de soția sa. Deflorarea se va realiza în următoarele nopți. În acest fel, bărbatul dă dovadă de tact și înțelepciune, contribuie la evitarea neînțelegerilor, la dezvoltarea atașamentului și dragostei dintre soți. Adesea, medicii recomandă folosirea vaselinei și a unei mici cantități de alcool, în scopul reducerii durerilor la deflorare. Trebuie însă precizat că perseverarea în folosirea alcoolului duce adesea la impotență. De asemenea, trebuie combătută practica utilizării unor substanțe sau a preparatelor hormonale în obținerea satisfacției în cadrul actului sexual, întrucît produc întotdeauna efecte negative, necontrolabile asupra stării de sănătate psihică și fizică a indivizilor.

Există și situații cînd cei doi parteneri, insuficient pregătiți, din lipsă de experiență sexuală, ajung la concluzia că nu corespund unul altuia. Pentru a se îndepărta această situație, cei doi tineri trebuie să primească sfatul premarital, care va elimina neînțelegerile și reproșurile ulterioare. Privind posibilitățile de procreare a cuplului familial, în cadrul unei activități sexuale normale, procrearea este maximă în primul an (50—90%), după care începe o scădere mai evidentă din al treilea an (10—12%). Iată de ce o sarcină apărută în primii ani de căsătorie trebuie lăsată.

În cazul unei vieți sexuale normale, diagnosticul de sterilitate la un cuplu se pune după doi ani de coabitare obișnuită, cu toate că tratamentul și diagnosticul se face și după un an de la începutul relațiilor sexuale, considerîndu-se că după această perioadă posibilitățile de procreare sînt mai reduse.

Dr. Vasile NIȚESCU



CÎND BACHUS APARE, VENUS SE ÎNDEPĂRTEAZĂ

Bachus, fiu al lui Jupiter, zeul vinului și al vitei de vie, cunoscut la greci sub numele de Dionisysos, a fost una din cele mai populare divinități ale lumii antice. Onorat de greci și de romani, cultul său a fost îmbrățișat de toate popoarele lumii vechi, cu atât mai mult cu cât oferea prilejul unor festivități luxuriante, pline de veselie. Mai tirziu, Bachus a căpătat și alte atribuții, fiind considerat zeul vegetației dar și al desfătărilor. Gustarea licorii dulci, ametoare, era permisă la început unui cerc restrins de indivizi, aparținând claselor favorizate. Ulterior consumarea băuturii alcoolice s-a extins în toate straturile sociale, iar sărbătorile în cinstea sa se încheiau cu orgii în masă. Vinul a fost vreme îndelungată băutura obișnuită. Produsul obținut din fermentarea naturală a sucului de struguri avea conținut redus în alcool și era apreciat în mod deosebit pentru gustul bun, licoros și pentru buna dispoziție pe care o crea, calități menționate, de altfel, în scrierile vechi religioase și mitologice. Odată cu introducerea tehnicii de distilare, metodă preluată de la arabi, s-au obținut băuturi alcoolice concentrate, pe care alchimistii le-au numit „apa vieții” (eau de vie). Cu trecerea anilor, consumul băuturilor alcoolice a crescut în toată lumea, luind în secolul nostru proporții îngrijorătoare. Marea diversitate a băuturilor, denumirile sofisticate și etichetele atrăgătoare au făcut să crească și mai mult tentația produselor alcoolice. Utilizarea excesivă a acestora a avut urmări nefaste în sinul populației. Înmulțirea actelor de violență sub influența alcoolului a determinat introducerea în unele țări din lume (U.S.A.), în primele decenii ale secolului, a legii prohibiției alcoolului. S-a văzut însă că înlăturarea totală a băuturilor alcoolice nu este posibilă și că este mai folositoare luarea de măsuri pentru îngrădirea consumului de alcool.

În cantități mici, alcoolul are acțiune binefăcătoare asupra organismului, dovadă că în trecut vinul era folosit, împreună cu alte substanțe, ca medicament, pentru efectul său tonic general și pentru stimularea poftei de mâncare. Era administrat în anemii și stări de convalescență. La vîrstnici, alcoolul în doze mici are acțiune reconfortantă și calități de aliment. Alcoolul este utilizat și ca protector cardiovascular, în special în insuficiențele coronariene. Este, de asemenea, indicat pentru combaterea stărilor de inhibiție psihică și a depresionilor nervoase. Stimulează dorința erotică dar nu îmbunătățește performanța sexuală, așa după cum se crede în mod eronat. Urmările etilismului sînt mai numeroase decît binefacerile consumului rațional de alcool. Ca și drogurile, alcoolul dă obișnuință și dependență. Favorizează apariția unor manifestări reprobabile cu caracter antisocial și primejduiește viața individului, pricinuind imbolnăviri grave. Cele mai serioase complicații sînt nervoase, psihice și digestive.

Una din consecințele cele mai grave ale etilismului este efectul de durată asupra sistemului nervos, îndeosebi asupra creierului. Alcoolismul cronic, ca și cel acut (ingerarea în timp scurt a unei cantități mari) au efecte toxice asemănătoare, cu sfîrșit letal. Impulsivitatea, agresivitatea temporară, agitația și tremurăturile, demența alcoolică, halucinațiile și delirium tremens, ca și deteriorarea progresivă a intelectului și pierderea autocontrolului sînt manifestări bine cunoscute ale impregnării etilice a creierului. Durerile reumatice se datoresc afectării nervilor periferici de către alcool. Uneori sînt prinși și nervii ochilor, producînd tulburări ale vederii.

Efectele toxice ale alcoolului se exercită nu numai asupra creierului, ci și asupra altor organe. Gastrita și ulcerul sînt complicații obișnu-

ite. Funcțiile ficatului, organ de importanță vitală, sînt de asemenea, afectate de cantitățile mari de alcool. Stadiul inițial al suferinței ficatului îl constituie încărcarea sa cu grăsime, afecțiune premergătoare cirozei alcoolice. Suprimarea băuturii poate salva individul de la un deznodămînt fatal. S-a calculat că alcoolul devine vătămător, crescînd riscul cirozei, dacă este utilizat în cantități zilnice de 40–80 g. alcool etilic absolut de către bărbați și de 20 g. de către femei. Pragul de toxicitate diferă însă mult de la individ la individ în funcție de predispoziția genetică a acestuia, ceea ce explică variațiile mari ale răspunsului individual.

S-a apreciat că în zonele mari urbane, unde consumul de alcool este mult crescut, ciroza hepatică, prin frecvența ei, este a doua cauză a mortalității între 25 și 44 de ani și a treia cauză între 45 și 64 de ani.

La marii băutori, efectul excesului de alcool se rasfrînge inevitabil și în sfera genitală, determinînd scăderea progresivă a potenței sexuale. Intensitatea dereglărilor este dependentă de cantitatea de alcool ingerată. S-a constatat, de altfel, că depășirea cantității limită deprimă ritmul de producere al hormonului sexual masculin. Indiferent de sortimentul băuturii alcoolice (vin, țuică, bere), excesul de băutură are efecte directe asupra sănătății individului și se rasfrînge asupra relațiilor sale sociale, dar mai ales asupra vieții de familie, periclitînd unitatea și trîncia căminului. Copiii și partenera de viață suportă greu reacțiile imprevizibile și necontrolate ale bărbatului în stare de ebrietate.

Studii clinice și experimentale au demonstrat că băutura în timpul sarcinii are influență negativă asupra dezvoltării embrionului. Producerea de feți anormale, mortalitatea crescută la naștere, înapoierea mintală, tulburările de creștere și deficitul motor la copil sînt consecințe grave ale alcoolismului la femeie. Deosebit de interesante sînt observațiile recente care au dezvăluit că alcoolismul înainte de sarcină poate avea urmări la fel de dezastruoase ca și cel din cursul **gravidației**, îndeosebi pentru femeile trecute de 30 de ani, la prima lor sarcină. Copiii rezultați au diverse malformații fizice și intelect scăzut.

În ultima vreme s-a făcut apropierea între consumul excesiv de alcool și frecvența cancerului. S-a presupus că alcoolul crește incidența bolii canceroase, frecvența cancerului de gură, esofag și faringe fiind mai mare la băutorii de vin. S-a discutat asocierea posibilă între consumul de vin și whisky cu cancerul de plămîni, iar recent japonezii au semnalat frecvența crescută a cancerului de rect la marii băutori de bere.

Etilismul este, așadar, o sursă continuă de necazuri în viața unei familii. Următoarele exemplificări ilustrează riscurile și consecințele alcoolismului în viața de toate zilele.

...Nu împlinise 50 de ani cînd fusese sfătuit să fie mai chibzuit, să mănînce mai puțin și să reducă băutura. De cîtiva ani se îngrășase cu 15 kg, era congestionat la față și respira greu chiar la eforturi moderate. Sacrificiul care i se cerea depășea voința sa. Nu a mai băut zilnic ci la 2–3 zile. Se întîlnea cu prietenii în afara casei deoarece soția îngrijorată îl ruga să nu mai bea. După mai multe rînduri de țuică urmau paharele

de vin spumos și ușor înțepător care le răcoarea gîturile însetate. Vinul, provenit din strugurii cu lăși din vîile de pe dealurile molcome și însoțite din apropierea orașului, era gustos și aromat, motiv pentru care damigeana se golea rapid. Toate au mers bine pînă într-o zi cînd după aperitive consistente și după ce „gustase” mai multe soiuri de vin i s-a făcut rău. O durere vie în ceafă i-a tăiat respirația. Și-a pierdut cunoștința. Cînd s-a trezit partea stîngă a corpului era amorțită și nu o mai putea mișca. Cu toate îngrijirile primite, nu a putut fi salvat. Atacul de apoplexie i-a curmat viața. Ca urmare a comportării sale nechibzuite și înconștiente s-a destrămat un cămin încheșat și doi copii la vîrsta adolescenței au rămas lipsiți de îndrumarea părintească...

...Erau căsătoriți numai de cîtiva ani. Se lu-beau mult, deși nu mai erau la prima tinerețe. Bărbatul se hotărîse să o ia de nevastă deși aflase despre ea lucruri neplăcute: de mai mulți ani consuma băuturi alcoolice în cantități care depășeau limita cuvenită unei fete. Băutura devenise pentru ea o obișnuință de care nu se putea dezbara. Din cauza unor comportări necontrolate sub influența alcoolului, fusese sancționată la serviciu și era pe pragul de a-și pierde postul. S-au întîlnit cînd ea avea 33 de ani. Abia atunci și-a dat seama că nu poate avea un cămin decît schimbîndu-și complet felul de viață. S-a străduit și a reușit să nu mai pună picătura de alcool în gură. Erau mulțumiți împreună. Aveau aceleași gusturi și aceleași aspirații. Amîndoi își doreau un copil. Primul copil a decedat la cîteva zile după naștere. Cel de al doilea copil părea sănătos la naștere. Cîrînd însă aveau să apară unele semne de întîrziere mintală. Puterea de înțelegere era redusă iar cuvintele le pronunța greu. Îngrijorată, mama a cerut sprijinul medicului. I s-a explicat că toate aceste necazuri sînt consecințe posibile ale excesului de băutură din trecut, deși în timpul sarcinii se abținuse de la băutură. Neînduplecat, trecutul își cerea tributul...

...Era căsătorit de 10 ani și avea 3 copii. Se născuse într-o zonă viticolă, în care vinul curgea din belșug și se bea precum apa. Se obișnuise din adolescență să bea alături de cei mari. La 40 de ani i se părea firesc să ingereze zilnic mai mulți litri de vin. Ocazii erau destule. În ultima vreme se simțea tot mai obosit. Devenise iritabil, își neglija familia și găsea neconținut prilej de ceartă. Era mai mult ameteit decît treaz. De cîteva luni apăruseră și semne de scădere a virilității, care îl făceau să fie și mai nervos. Sătulă de ceartă, soția s-a retras în camera copiilor. Momentele de intimitate îi făceau silă, o dezgustau, mai ales cînd bărbatul miroase puternic a băutură și devenea impulsiv. Dragostea și respectul pentru el se topeau treptat. Fiind examinat la policlinică, i s-a adus la cunoștință că are ficatul bolnav și că va evolua spre ciroză dacă nu renunță la deprinderea pe care atîta vreme o socotea inofensivă. A continuat totuși să bea. Lipsiți de speranța unor zile mai bune, soția și copiii l-au părăsit.

Cînd Bachus întrece măsura, Venus, zeița iubirii, se depărtează...

Doctor în medicină
Madeleine MĂICĂNESCU-GEORGESCU

STERILITATEA CUPLULUI

Cauzele sterilității la femeie.

Pentru ca femeia să rămână gravidă și să ducă sarcina la termen, este necesară unirea celor doi gameți maturi, amândoi de calitate, apoi drumul pe care trebuie să-l parcurgă spermatozoidul să fie fără obstacole fizice, iar secreția hormonală să favorizeze nidația și dezvoltarea oului. De asemenea, mucoasa uterină trebuie să fie pregătită pentru a fixa oul. Modificările acestor procese duc la sterilitate. Din multitudinea cauzelor de sterilitate, aproximativ 10% rămân necunoscute, tratamentul și investigațiile fiind fără rezultat.

Cauzele sterilității la femeie pot fi: *de origine vulvo-vaginală* (atrezii vulvare, tumori, imperforația himenului, ce produc tulburări în recepția spermei — boli inflamatorii, rupturi mari de perineu ce realizează un vagin larg, sperma nefiind reținută, himen rigid, vagine scurte, modificarea mediului vaginal (ce distrug spermatozoidul înainte ca acesta să poată ajunge în uter). Factorii vulvo-vaginali au pentru sterilitate o importanță mai mică, deoarece frecvența lor este mai redusă și sint mai ușor de descoperit și tratat. Afecțiunile corpului uterin sint reprezentate de eroziuni sau leziuni cicatriceale ale colului uterin, tumori benigne sau maligne, toate împiedicând ascensiunea spermatozoidilor fie direct, mecanic, fie indirect, prin modificarea secrețiilor glandelor cervicale (endocervicita, stenoza colului). Corpul uterin poate prezenta malformații (uter bicorn, unicorn, septat, dublu, hipoplazic), afecțiuni inflamatorii, sinechii uterine, parțiale sau totale, tumori benigne (fibromul însoțește sterilitatea în proporție de 30 la sută) sau maligne, vicii de prezență, infecții ale endometriului. Sterilitatea prin obstrucție tubară poate fi organică (generată de TBC genital, gonoree, piosalpinx, peritonite, tumori, stări după avorturi delictuale) sau funcțională, prin spasme, reflexe nervoase.

Cauzele de origine ovariană sint reprezentate prin chisturi distrofice ovariene, tumori de ovar, inflamații, malformații ovariene, absența sau poziția anormală a ovarelor, cauze endocrinometabolice cu răsunset ovarian, iradierea ovarelor (accidentală sau terapeutică).

În cadrul sterilității la femeie intervin și alte cauze, cum ar fi vaginismul, perversiunile sexuale, dispareunia sau cauze generale (afecțiuni endocrine, obezitate, diabet, leucoze, avitaminoze). S-au mai descris frigiditatea și absența orgasmului, care însă nu pot fi cauze de sterilitate, după cum susțin unii, existind multe femei frigide cu copii sau fete violente în narcoză și care au rămas gravide. S-au mai descris a fi cauze de sterilitate cele de origine ovulară. Astfel, fecundația nu se poate efectua

*„Viața este o flacără care se stinge
întotdeauna dar recapătă scînteie de
cîte ori se naște un copil”*

Bernard SHAW

dacă ovulul nu s-a eliminat din ovar. Prin ovulație tirzie, ovulul nu mai poate ajunge în uter să fixeze, menstruația venind mai devreme. De asemenea, calitatea îndoienică a ovulului, influențată de factori ereditari toxici, infecțioși sau de vîrstă, poate fi o cauză de sterilitate.

Sterilitatea la bărbat.

În cadrul cuplului steril boala afectează 30—40 la sută din cazuri, examinarea bărbatului fiind preconizată de peste două secole, cu toate că este refuzată adeseori, bărbatul confundînd potența cu aptitudinile de procreare. Astăzi, dozările hormonale, spermograma și biopsia, au devenit metode curente de studiu a gonadei masculine. Printre cauzele sterilității la bărbat amintim insuficiența testiculară (ușoară sau severă), ce afectează structura testicolului, malformațiile (ca hipospadias, epispadias, hidrocelul, tumorile testiculare, tulburările în spermatogeneză, ca azospermie — lipsa de spermatozoizi —, oligospermie — spermatozoizi sub 40 000 —, astenospermie — spermatozoizi cu mișcări lente —, necrospermie și teratospermie).

În general, 80 la sută din spermatozoizi sint normali, iar 20 la sută anormali. Tulburările în spermatogeneză se datoresc și unor carente alimentare, vitamine și minerale. Un rol important, în cazurile de sterilitate la bărbat, îl au abuzurile de alcool sau intoxicația tabagică, intoxicațiile profesionale, bolile infecțioase, anemiile, stresurile, nevrozele, psihopatiile, bolile hormonale, traumatismele, „coitul contra naturii”.

Sterilitatea poate fi datorată și gradului scăzut de dezvoltare a organelor genitale, patologiei glandelor anexe, bolilor organice cu răsunset asupra gonadelor. De asemenea, radiațiile au selectivitate pentru țesutul germinal.

Apresiasi fecundității la bărbat se face prin examen clinic și de laborator (examenul clinic poate evidenția modificări în sfera genitală, stabilind momentul și cauzele apariției sterilității) sau se pot evidenția boli asociate, care influențează fertilitatea masculină. Examenul spermei va arăta un volum normal de 2—5 ml sau valori peste 10 ml, putînd fi rezultatul unei abstinence prelungite sau afecțiuni inflamatorii, cum ar fi prostatoreea. Scăderea volumului spermatic sub 2 ml formează oligospermia, iar lipsa spermei, aspermia. Acestea pot fi rezultatul exceselor sexuale, al atrofiei organelor genitale interne sau al proceselor expansive tumorale, care produc obstrucția căilor de eliminare a spermei. Culoarea spermei este opalescent-gălbui sau ușor cenușie. Patologic poate avea un aspect roșietic (hemospermia) sau de puroi (piospermia). Sperma este viscoasă, cu tendință la coagulare după 10—20

minuțe. Spermatozoizii sînt imobilizați de aciditatea excesivă și stimulați de alcalinitate. Nocive sînt și toxinele microbiene, alcoolul, nicotina, cofeina. În primele 6 ore după emisie 70—90 la sută din spermatozoizi sînt mobili, mobilitatea lor scăzînd evident în timp. După 18—24 de ore, rămîn sub 20 la sută spermatozoizi mobili. În ceea ce privește numărul lor (normospermia) cuprinde valori între 60 000—120 000 pe ml, oligospermia, cu cele trei grade ale sale: formă ușoară (40—50 000), medie 20—40 000 și severă (sub 20 000 pe ml). Trebuie specificat că și la un număr foarte mic de spermatozoizi femeile au rămas gravide.

Citograma, ce completează spermograma, evidențiază spermatocele, spermatidele, epiteliul căilor urinare, celulele Sertoli, celulele epididimare, leucocitele. Se mai efectuează analiza biochimică a spermei. Biopsia testiculară completează gama investigațiilor pentru sterilitate, clarificînd aspectele, legate de patologia sexuală masculină. Stabilirea diagnosticului de sterilitate se face numai după analize repetate.

Dr. Vasile NIȚESCU

BOALA VARICOASĂ

Boala varicoasă este o suferință cronică a venelor superficiale și a celor comunicante ale membrilor inferioare, caracterizată prin dilatații permanente, însoțite de alterări morfo-funcționale progresive. Caracteristică mai ales femeilor, ea cuprinde circa 15 la sută din populația adultă.

Pentru o mai bună înțelegere a mecanismului de producere a bolii sînt necesare cîteva noțiuni de anatomie. Astfel, trebuie reținut că piciorul dispune pentru transportul sîngelui de la inimă spre țesuturi (deci a sîngelui încărcat cu oxigen și substanțe nutritive) de un sistem de artere care din spre cranial spre caudal devin din ce în ce mai mici, terminîndu-se la nivelul țesuturilor prin vase foarte fine, numite capilare (structura acestora permite schimburile tisulare). Capilarele arteriale se continuă cu cele venoase prin a căror condensare se realizează venule și vene din ce în ce mai mari, care constituie cel de al doilea sistem de transport al sîngelui, numit sistem venos sau de întoarcere, prin intermediul căruia sîngele este readus la inimă în atriul drept. În afara sistemului de transport al sîngelui există și un sistem de transport al lichidelor interstițiale, numit sistem limfatic.

Sistemul venos al piciorului este un sistem dublu, fiind constituit dintr-unul superficial și altul profund. Primul, prefascial, vizibil sub tegument, este format din vena safenă mare sau internă și vena safenă mică sau externă. Al doilea sistem venos este profund, subfascial și constituit din trunchiuri venoase mari, care însoțesc, în sens invers, arterele mari cu același nume ale membrului inferior.

Sistemul venos superficial și sistemul venos profund (principal și accesoriu) sînt unite printr-o serie

de vase de legătură, numite vene comunicative. Sistemul venos profund reprezintă calea principală de întoarcere a sîngelui la inimă (89,90% din debitul sanguin al membrului inferior). Pentru acest motiv și datorită faptului că circulația venoasă de întoarcere a piciorului este îngreunată prin opoziția accelerației gravitației, venele sînt prevăzute cu valvule pe traiectul lor, care împiedică refluxul sîngelui.

În boala varicoasă tulburarea inițială este reprezentată de insuficiența unei valvule de la un orificiu de vărsare fie a venelor safene în sistemul profund, fie a unei comunicante între cele două sisteme. Această insuficiență valvulară este rezultatul interacțiunii dintre un factor trofic și unul hemodinamic.

Factorul trofic constă mai ales dintr-o deficiență ereditară (moștenită) a țesutului de susținere din peretele venelor (în principal prin reducerea fibrelor elastice ceea ce explică apariția bolii varicoase la membrii aceleiași familii). Factorul hemodinamic este reprezentat de exacerbarea acțiunii factorilor ce îngreunează circulația de întoarcere, de exemplu: munci grele în poziție ortostatică, prelungită și nemișcată, ceea ce explică frecvența bolii la femeile cu anumite profesii (ospătare, frizerițe, coafeze, bucătărese, lucrătoare în comerț), cit și la obeze, tușitoare cronice etc.

Semnele clinice determinate de fenomenele hemodinamice apar progresiv, stadializînd boala varicoasă, astfel: stadiul 1 sau faza de debut a bolii, caracterizată prin insuficiență valvulară; stadiul 2, în care refluxul sanguin ortostatic determină dilatarea progresivă în sens cranio-caudal și apariția de tulburări funcționale discrete (senzație de greutate și de tensiune în gambă, oboseală la ortostatism prelungit); stadiul 3, caracterizat prin decompensare a microcirculației cutanate și apariția tulburărilor trofice; stadiul 4, caracterizat prin apariția insuficienței valvulare la nivelul trunchiurilor venoase profunde. Local, se observă dilatații multiple și monstruoase, stază, tulburări trofice complexe și avansate (adesea pînă la ulcer varicos), dureri și oboseală rapidă după ortostatism, impotența funcțională a membrului inferior, reducerea capacității de muncă, chiar tulburări generale (amețeală, cefalee, lipotimie).

Dintre complicațiile bolii varicoase multiple și grave menționăm ruptura varicelor la un traumatism minim (sub tegument), provocînd intern un hematom sau extern o hemoragie mare, și flebitele varicoase (urmarea trombozării unui pachet varicos, determinată de stază și de leziunile produse de anoxie la nivelul peretelui venos).

Tratamentul bolii varicoase este profilactic și curativ (chirurgical). Deosebit de important este cel profilactic, care trebuie să vizeze factorii trofici și hemodinamici. El împiedică apariția bolii varicoase sau, dacă aceasta s-a instalat, permite încetinirea evoluției ei. Tratamentul profilactic se adresează persoanelor cu antecedente familiale, obezelelor și constă în evitarea profesiilor care necesită efort în ortostatism prelungit, nemișcat. Obezitatea va fi combătută prin regim igienico-dietetic adecvat (mișcare, gimnastică și alimentație în care să predominie cruditățile).

Dr. Maria Antoaneta CIOCHIRĂ

REMEDII HOMEOPATICE FEMININE

Și în homeopatie există o serie de remedii care se adresează cu precădere femeilor. De multe ori, în alegerea de către homeopat a unuiu dintre aceste remedii se ține seama de caracteristicile ciclului menstrual (prelungit sau scurt, hipermenoreic sau hipomenoreic, regulat etc.) și de cele ale singelui menstrual.

Una dintre principalele caracteristici care solicită un astfel de remediu este labilitatea emoțională, știut fiind faptul că femeile au, de regulă, un plus de sensibilitate față de bărbați.

Nu putem, desigur, realiza aici prezentarea exhaustivă a zeci de remedii care pot corecta din punct de vedere homeopatic. Vom selecționa însă câteva din cele mai importante. Insistând, în cele ce urmează, îndeosebi asupra unor particularități ale manifestărilor psihoafective care, cunoscute de femeie, o pot ajuta să se îndrepte spre cabinetul medicului homeopat, care-i va prescrie tratamentul adecvat.

Actaea racemosa. Face parte din familia Ranunculaceae. Din punct de vedere farmacologic, se consideră că cimicifugina — alcaloidul pe care-l conține această plantă — este înrudită cu digitala.

În homeopatie, prescriem *Actaea racemosa*, de regulă, unei femei cu dispoziție instabilă, oscilând între veselie exagerată și zgometoasă și dispoziție tristă cu plîns facil. Logoreea, mai mult sau mai puțin coerentă, alternează cu o indiferență taciturnă. Impresionabilitatea, emotivitatea creează o senzație de vid epigastric cu tendință de leșin. Mai reținem, în cadrul simptomatologiei psihice, frica de solitudine, de moarte și, mai ales, de a deveni bolnavă psihic, precum și senzația de „cap vid”, cu idei confuze, de „ceață pe creier”. Femeia manifestă și o credință constantă într-o nenorocire iminentă, precum și insomnii provocate de surescitarea mintală. Nu lipsește vagotonia, nervozitatea, o fatigabilitate revărsată în teritoriul asteniei. Bolnava mai poate prezenta tulburări crampoide, spasmodice, coreiforme sau chiar epileptiforme, manifestări reumatismale rău tolerate, (mai frecvent spondiloză cervicală), alternînd, de regulă, cu manifestări psihice, dismenoree (ciclul menstrual neregulat, cu flux abundent și dureri), amenoree secundară, consecutivă unui traumatism psihic important. Pentru a fi nevoie fără dubii de acest remediu, este necesar ca toate tulburările să fie agravate în perioada ciclului menstrual, noaptea, pe timp rece și umez, în emoții.

În reumatisme și dismenoree se administrează diluția a 5-a sau a 6-a centezimală, o dată pe zi, cite 5—6 granule (preparate la farmacia homeopată), iar în tablourile simptoma-

tologice mai complexe, cu manifestări psihice specifice mediului, se administrează, de 2—3 ori săptămînal, o diluție mai înaltă (a 7-a, a 9-a sau chiar a 15-a centezimală), tot 5—6 granule o dată.

Lachesis. Acest remediu, extras dintr-un șarpe veninos, este indicat în special femeilor care diminează, la trezire, prezintă depresie melancolică, astenie, anxietate, cu frica de a suferi de o boală de inimă, de a înnebuni, de a muri, amplificate de frica de anturaj. Bolnava este geloasă, se simte calomniată. Seara tabloul clinic se schimbă: depresia este înlocuită de iritabilitate, apare o locvacitate extremă, coerentă în ciuda eretismului ideativ. Febrilitatea și teama de a dormi pot provoca insomnii sau un somn agitat, cu coșmaruri (morți, înmormintări). Uneori este vorba despre o bolnavă aflată la menopauză (naturală sau după o ovariemie) sau înainte de menstr prin dureri pînă la nivelul ovarului sting, crampe uterine, diaree. Apariția menstriei ameliorează substanțial tabloul clinic. Agravarea se produce la întîrzierea sau suprimarea menstruelor, în somn, la trezire, la căldură, bînd ceva cald sau făcînd băi calde. Mai reținem nevoia bolnavei de inspirații profunde.

În cadrul hipersensibilității, putem întîlni bufee de căldură și o imposibilitate de a purta coliere, fulare etc. Alături de o tendință congestivă, întîlnim una hemoragică.

În manifestările metroragice, palpitații, precordialgii punctiforme este activă diluția a 5-a centezimală, administrată zilnic (5—10 granule o dată), iar în tulburările psihice, uneori consecutive unor dezamăgiri sentimentale, se administrează direct diluția a 15-a centezimală, o dată pe săptămînă cite 8—10 granule. În manifestările cenestopate, diluția a 7-a centezimală, din 2 în 2 zile, reprezintă administrarea cea mai indicată (sau a 9-a centezimală, din 3 în 3 zile). Menționăm că și bărbații cu insatisfacții majore, sentimentale sau profesionale, beneficiază de pe urma administrării celei de a 15-a diluții centezimale.

Lăptuca viroasă. Salata face parte din familia Compositae. Ca remediu homeopatic poate avea o acțiune binefăcătoare asupra unor femei a căror dispoziție este schimbătoare, melancolică, cu accese de plîns, care sînt susceptibile, prezintă accese de minie la cel mai mic motiv și au senzația că plutesc în aer. Sînt somnolente, prezintă o stare spasmică agravată de atingere, cu senzație de tensiune, de constricție toracică, hepatică sau la nivelul sinilor. Depresia este deci atît psihică, cît și fizică. Manifestările spasmodice mai frecvente sînt următoarele: tuse chintoasă, sufocantă, producînd o senzație de explozie în piept sau în cap, căscat spasmodic foarte frecvent, cu somnolență și nevoia de a se întinde, sufocare cardiacă trezind bolnava și forțînd-o să sară din pat, senzație de bulă urcînd din stomac spre laringe. Aplecarea înainte și întinderea ușurează bolnava. Tremurăturile sînt mai evidente la buze, corpul este rece, dar capul este cald și midriaza este frecventă. Capul pare vidat sau mărit ca volum. Toate tulburările sînt ameliorate în aer liber.

Lilium Tigrinum. Crinul tigrat face parte din familia Liliaceae. Numeroși autori afirmă că tipul de Lilium Tigrinum este o femeie înaltă, puternică, robustă, corpolentă, cu carnația roză și buze roșii cărnoase, semănând morfologic cu Pulsatilla și apropiată tipului fosforic.

Bolnava se simte rău în camera caldă, când este culcată pe partea dreaptă, între orele 17 și 20, și ameliorată la mers în aer liber sau culcată pe partea stângă. Predomină lateralitatea stângă, în ceea ce privește existența și intensitatea simptomelor.

Remediul este activ și în abateri de la tipul de Lilium Tigrinum, cu condiția să existe tulburări ovariene, o senzație de ptoză uterină, dureri precordiale, polakiurie sau reacții psihice constând din agitație febrilă, irascibilitate și o depresie avansată. Menstrele sînt în avans, puțin abundente, iritante, singele curgînd numai cînd femeia se mișcă. În diferite circumstanțe, mai putem constata: eretism cardiac cu palpații, senzație de pulsații în tot corpul, bufeuri de căldură cu anxietate (trezind-o peste noapte), însoțite de transpirații reci ale extremităților și senzația de frig în jurul inimii. Femeia are o dorință vie de aer liber, prezentînd dispnee și senzația de slăbiciune marcată, mergînd pînă la leșin în camera caldă sau după ce a stat mai mult în picioare. Uneori, durerile precordiale sînt însoțite de amorțirea brațului drept, iar cefaleea congestivă frontală e combinată cu senzația de cap cald și ambliopie. Poate apare și o senzație de arsură palmo-plantară. Femeia este agitată, dificilă, nu poate rămîne liniștită, e irascibilă, găsește că totul o deranjează și se revoltă împotriva acestui deranjament. Plînge frecvent, e confuză, gînditul îi provoacă cefalee și palpații. Din punct de vedere alimentar, este avidă de carne. Nu suportă cafeaua și tutunul.

Sînt active diluțiile medii și mai înalte (începînd cu a 5-a centezimală și mergînd pînă la a 15-a și chiar mai mult), administrate după regulile homeopatiei (diluțiile mai înalte, mai rar).

Moschus. Femeia care beneficiază de pe urma administrării acestui remediu este anafonică, spasmică, nu suportă frigul, prezintă insomnii noaptea și somnolență ziua. Poate fi și o tinăra fată amenoreică. Întotdeauna prezintă o iritabilitate excesivă, dispoziție variabilă oscilînd între accese de rîs nestăpînit, plîns disperat, crize de minie violente sau convulsive. Bolnava prezintă o excitație sexuală considerabilă, cu hipersensibilitatea organelor genitale, mai ales în timpul menstruelor care sînt în avans, menoragice, foarte dureroase. Actul sexual e urmat frecvent de vomă. Fiind un satelit al Ignatiei, cefaleea nu se deosebește de cea din Ignatia. Femeia leșină la cel mai mic stimul. Mai reținem: senzații de constricție în gît și piept, senzație de bulă care urcă în gît, palpații cu sufocare și anxietate. Toate tulburările sînt agravate de frig și de consumul de cafea.

Se utilizează de regulă diluțiile centezimale de la a 5-a la a 9-a.

Pulsatilla. Numită homeopatic și Stilla, face

parte din familia Ranunculaceae. Bolnava prezintă simptome neplăcute la căldură, într-o cameră caldă, la apropierea furtunii, prin ingestia de alimente grase, prin repaos, seara și noaptea, care se ameliorează prin mișcare, în aer liber sau în contact cu frigul. Predomină lateralitatea mîinii drepte.

Tipul de Pulsatilla este, de regulă, o femeie, mai frecvent adolescentă sau tinăra, dar poate fi și un băiat sau un adolescent feminoid. Este vorba deci despre o femeie limfatico-sanguină, care prezintă trei caracteristici constante: stază venoasă pasivă cu oxigenare sanguină deficitară, insuficiență ovariană și genitală, instabilitate simpatică și tiroidiană. Pe un fond eventual anemic, blondă cu ochi albaștri are tenul proaspăt și roz, buzele bine colorate. Roșește ușor la emoții, dar pielea se cianozăază la frig. Poate frisona chiar într-o cameră caldă. Uneori, picioarele se umflă premenstrual. Psihic, este blîndă, docilă, amabilă, emotivă, impresionabilă, pudică, indecisă, trece ușor de la rîs la plîns și invers, caută simpatia și consolarea. Plînsul o ușurează. Are o dispoziție mai bună după o plimbare, mai ales în aer proaspăt. În stările depresive accentuate, variabilitatea timică este mai pronunțată, cu treceri de la o tristețe resemnată și taciturnă la o tendință maniacală, la scrupule și misticism cu capricii, teamă, susceptibilitate sau gelozie. Frecvent înțîlim disepisie atonică și catare cronice sau acute la nivelul diverselor mucoase. Eliminările toxice sînt în general secreții blînde, galben-verzui și fluide. Acestea contribuie la evidențierea tipului cu următoarele elemente: pusee congestive trenante, dureri cu localizare schimbătoare, dificultăți la adormire (mai ales înainte de miezul nopții), transpirații nocturne (mai ales între orele 2 și 5), inegale pe cele două jumătăți ale corpului, trezire dificilă și tîrzie dimineața, palpații, enurezis. Durerile mobile și schimbătoare dispar mai lent decît apar. Fiind un remediu constituțional frecvent înțînit, nu rare sînt cazurile în care se ajunge la utilizarea celei de a 200-a diluții centezimale, și chiar mai mult, administrate uneori de 2 ori pe lună. Desigur că și în această situație se începe cu diluția a 5-a centezimală administrată zilnic (5—8 granule odată).

De pe urma administrării acestor remedii pot beneficia și unii bărbați. Procentajul acestora este însă infim, ceea ce ne permite să apreciem că remediile de mai sus, prezentate succint, fac parte din grupa vastă a remediilor homeopatice feminine.

Dr. Mihai NEAGU



„UN MOMENT DE NEUITAT DIN BIOGRAFIA MEA“

Așa consideră Emanuela Aurel Moga, soția binecunoscutului cardiolog român, „primii ani de pace”, cum îi place să numească perioada 1945—1948, în care a fost membră a Comitetului de Cruce Roșie din Cluj.

În acei ani, considerând că nu putea fi o simplă spectatoare la strădanile de a se șterge urmele celui de-al doilea război mondial, Emanuela Moga, alăturându-se numeroaselor femei care acționau în cadrul Crucii Roșii, și-a adus contribuția sa. „O contribuție modestă, caută să precizeze interlocutoarea, care a constat în colectarea de medicamente, îmbrăcăminte și încălțăminte pentru cei bolnavi și lipsiți de mijloace, dar și în asigu-



rarea de preparate culinare oferite benevol de populație”.

Având bicicletă, Emanuela Moga asigura o legătură operativă între Comitetul de Cruce Roșie și organizațiile din întregul oraș, între acesta și spitale.

„Cînd după acest adevărat circuit ciclist, pe care îl începeam zilnic, la prima oră a dimineții, mă întorceam pe înserat la sediul comitetului pentru a informa asupra realizărilor, analiza care se făcea aici și concluziile rostite de Emil Racoviță și Grigore Benetato, ambii în conducerea Comitetului de Cruce Roșie, aveau un efect reconfortant asupra mea, creîndu-mi sentimentul că și în ziua aceea am fost utilă celor în suferință”.

50 DE ANI ÎN CADRUL CRUCII ROȘII



Cînd a îmbrăcat pentru prima dată uniforma școlii de surori voluntare de Cruce Roșie, Maria Pometcu abia împlinise 18 ani. Acolo, într-un spital situat la una din barierele Bucureștiului, în școala condusă de însuși doctorul Victor Gompou, ea a început să deslușează tainele

ocrotirii sănătății și ale activității umanitare pe care era chemată să o îndeplinească. Sensul adînc al acestei activități l-a înțeles pe deplin participînd la campanii de igienizare și vaccinare, la acțiunile de stăvilire a urmărilor secetei. Maria Pometcu și-a îndeplinit cu aceeași

convingere și îndatoririle de soție și mamă, fiecare zi a vieții ei fiind dedicată deopotrivă spitalului — unde era infirmieră — și familiei.

În 1953, cînd naște al patrulea copil, se hotărăște să renunțe la munca în spital. Dar în 1955, cînd i se propune să urmeze cursul de echipiere sanitară ale Crucii Roșii, nu ezită să îmbrace uniforma albastră. După absolvire, timp de 15 ani, face parte din grupa sanitară a cartierului, dovedindu-se o harnică activistă obștească și o entuziastă propagandistă în favoarea donării onorifice de sînge, ea însăși devenind donatoare.

Aceeași hărnicie o dovedește și astăzi, cînd, după 50 de ani de activitate în rândurile Crucii Roșii, continuă să ajute bolnavi și vîrstnici în rezolvarea unor probleme urgente, să participe în echipele de control ale oamenilor muncii în creșe și grădinițe.

„Este atît de necesar să dovedești omenie”, încercă Maria Pometcu să explice consecvența cu care, timp de cinci decenii, s-a dedicat acestor preocupări.

N. TURTURESCU

RESTITUIRE

VASILE VOICULESCU

Între manuscrisele scriitorului Vasile Voiculescu, autorul lui „Zahei Orbul,” și al „Ultimelor sonete închipuite ale lui Shakespeare în traducere imaginată,” la Muzeul literaturii române se găsesc și manuscrisele unor conferințe radiofonice izvorite din activitatea de medic igienist, pe care a desfășurat-o de-a lungul întregii sale existențe. Om echilibrat, duios, iubitor de oameni, medicul Vasile Voiculescu a propagat cu mijloacele specifice specialității sale bunele deprinderi de viață sănătoasă, cărora le-a adăugat și mijloacele artistice cu care l-a înzestrat natura, acelea de poet și prozator. Acest manuscris, ce vede lumina tiparului acum, la mai bine de jumătate de veac după ce a fost scris, este o dovadă a personalității multilaterale a scriitorului Vasile Voiculescu.

Ileana ENE

DESPRE VACANȚĂ

Vacanța, odinioară apanajul numai al elevilor și profesorilor, a intrat acum adânc în obișnuința vieții moderne. În adevăr, odihna e cu atât mai trebuitoare, cu cât viața e mai activă, în domeniul mecanic, ca și în cel al inteligenței. Nu voi face aici definiția oboselei. Țin numai să subliniez concepția modernă asupra ei: psihologul socotește oboseala ca efect al unei afeccii prea prelungite în aceeași direcție. Oboseala nu e altă fizică pe cât e nervoasă. Surmenajul dovedește și mai mult că ceea ce se slăbește la un obosit este creierul, ceea ce se micșorează este forța nervoasă. Surmenajul e de ordin central, cerebral. De aceea, surmenajul se găsește și la muncitorul cu brațele, identic cu al artistului, savantului. Nu obosec mușchii, ci centrii nervoși intoxicați de produsele oboselei. Pentru viața noastră modernă, risipitoare de averi întregi de forță nervoasă, de atenție, de încordare, odihna și vacanța sînt dreptul omului muncitor, drept sfînt înscris în lege. Dar dacă repaosul e altă de necesar, el a rămas totuși nestudiat. Chipul cum o vacanță trebuie folosită e la bunul plac al fiecăruia. De aceea cei mai mulți nu știu să profite, să tragă maximum de folos... Higiena repaosului și a vacanțelor își ia tocmai această sarcină: să rînduiască fiecăruia după temperament, după nevoie o vacanță folositoare. Cei mai mulți nu sînt hotărîți nici chiar în ajunul vacanței, unde să se ducă, ce să facă. Îi vezi întrebînd pe unul și pe altul, șovăind, luînd decizii și apoi răzgîndindu-se, ca în urmă să se păcălească, trezindu-se unde nici cu gîndul nu gîndeau. Nu e vorba de vacanța bolnavilor, a celor ce au nevoie de ape minerale și de băi. Aceștia sînt consiliați și îndreptați de medicii lor. Noi vorbim acum de repaosul obișnuit al persoanelor normale, care nu știu cum să și-l petreacă. Am auzit de multe ori pe mulți spunînd, la sfîrșitul vacanței, că mai bine nu și-ar fi luat concediu.

Mai întîi să ne ocupăm de cei cari pot pleca din oraș. Desigur că higiena recomandă vilegiatura. O viață la țară, în aer liber, este o baie de sănătate... Rămîne apoi ca vilegiaturistul să umple cele 30 de

zile goale. Dar cum? Aici este partea ridiculă și de multe ori tristă a vilegiaturii. Omul, scos din rînduiala lui de acasă și lipsit de orice noțiune asupra rostului vacanței, se plicrisește și caută distracții mai oboseitoare decît o muncă ordonată. Între principalele distracții intră mîncarea și băutura. E adevărat că aerul, schimbarea fac să-i crească ușor foamea, dar vilegiaturistul face din mîncare un sport. El s-a cîntărit la plecare în gară și ține ca un punct de onoare să se întoarcă acasă cu cel puțin 5 kg în plus. Pînă și cei mai frecvenți practicanți ai curei de slăbire încheie un armistițiu pe vacanță și devorează cu entuziasm. Cea mai mare grijă a întregii familii în vilegiatură e mîncarea — procurarea ei și gătitul, care consumă o activitate demnă de altceva mai bun. Îngrășatul nu e semn bun de sănătate și nu e el scopul vacanței. Cura de îngrășare trebuie prescrisă de medic, numai acolo unde e nevoie. Adulții nu mai cresc și fac doar depozite inutile de grăsime. O hrană ușoară de fructe, zarzavaturi și lăptărie, cu carne de 3 ori pe săptămîină, cu apă drept băutură, este tot ce poate fi mai igienic. Carnea de pasăre, reputată ca ușoară, este tot carne și pentru ordîni, regimul de carne de pasăre nu e un regim de dietă, cum se crede. Am văzut oameni în toată firea care se sculau cu noaptea în cap pentru ce credeți, ca să admire răsăritul soarelui, să respire aerul îmbălsămat al pădurilor, să plece în excursie? Ași! Se sculau cu noaptea în cap ca să ație la marginea stațiunii de vilegiatură calea jărâncilor ce veneau cu păsări și ouă și să le cumpere ei pe toate, aducîndu-le triumfători acasă, sub nasul adversarilor pizmuitori. Dar somnul, mîncarea, nu umplu toată ziua. Vilegiaturistul aleargă la celelalte distracții cardinale: cărțile, nu cele de citit, ci cărțile de joc. Se încing partide „memorabile”, care durează uneori toată noaptea. Rareori inocente, pe fise sau boabe de fasole, jocurile de cărți sînt pe bani. Și pricină de oboseală, de enervare, de supărare și tulburare, care tocmai cu vacanța nu cadrează. Și odată cu jocul merg rîndurile de cafele, băute în neștire, țigările fumate cu duimul și alcoolul... Alteori, de des sau mai rar, se organizează petreceri, adică mici chefuri, care cresc și ajung mari, bătrîne chiar...

Împotriva tuturor acestor practici dăunătoare, igiena vacanței și a repaosului protestează cu energie. Nici un exces nu e folositor în vacanță, nici exces de somn, nici de mîncare, nici de băutură, nici de distracții. Vacanța este pentru ca omul să intre în armonia unui trai firesc, în atingere cu natura. Ați auzit de mitul lui Anteu, pe care l-a ucis Hercule? Anteu era un uriaș, fiu al pămîntului. Hercule s-a luat la luptă cu el, dar nu-l putea birui. Căci, deși îl apuca în brațe și-l ridica în sus, cînd îl trîntea jos Anteu atîngea cu picioarele pămîntul, mama noastră a tuturor, care-i dădea noi puteri și-l făcea invincibil. Numai după ce Hercule a aflat taina, l-a putut birui pe Anteu, pînîndu-l spînzurat în văzduh și sugrîmîndu-l sus, fără să-l mai lase jos pe pămînt. Așa și noi, ca Anteu din mitologie, prîndem noi puteri de viață, în lupta cu acest Hercule, care e ocupația ucigătoare, prîndem puteri ori de cîte ori venim în chip cînstiit și simplu în contact cu natura, cu pămîntul cel a toate tămăduitor.

Ce să facem atunci? Fiecare își va căuta distracțiile și plăcerile după temperamentul lui. Cu aceeași condiție: să ne ferim de orice exces și de orice oboseală.

Dr. Vasile VOICULESCU

Agencia FRANCE PRESSE. O echipă de cercetări francezi, condusă de Jean Bernard de Poitiers, a constatat la unii bolnavi efecte secundare ale betablocantelor (utilizate în tratarea hipertensiunii arteriale): Lupus eritematos (cu localizări multiple: piele, rinichi, articulații, inimă etc.). Cercetătorii au prezentat și cazul unei paciente tratată 18 luni cu Atenolo (care se credea că este „absolut sigur”), prezentând toate caracteristicile lupusului eritematos sistemic. După oprirea tratamentului, simptomele clinice au dispărut și rezultatele analizelor au revenit în limite normale. În concluzie, nu există medicamente „absolut sigure”, ci doar medicamente ce trebuie administrate cu precauție.

SCIENCE ET VIE. Societatea „Invitron” (denumire ce se inspiră din formarea vieții „in vitro”), recent pusă în funcțiune la Berkely, Missouri, S.U.A., este prima uzină din lume care cultivă și prelucurează industrial celule de mamifere, inclusiv celule umane. „Invitron” are contracte cu 20 de societăți din Europa și S.U.A. Singura care a dezvăluit obiectul unei comenzi a fost Compania „Searle”: producerea substanței TPA care activează plasminogenul sanguin, proteină inactivă din plasmă, transformându-l în plasmină (fibrinolizină). Aceasta este o protează care asigură dizolvarea fibrinei – parte importantă a cheagului sanguin. TPA va fi utilizată pentru fluidificarea sîngelui la bolnavii de embolie pulmonară sau infarct miocardic.

BEIJING REVIEW. În capitala R.P. Chineze a fost semnat un contract între Fabrica „Sanlu” și firmele „Ohasico Ltd” din Tokio și „Super Repute Co. Ltd.” din Hong Kong pentru deschiderea unor saloane de cosmetică unde se vor face tratamente cu medicamentul chinezesc „Trichogen Dabao” care stimulează creșterea părului. Medicamentul a fost inventat în anul 1980, de Wu Baobev, directorul fabricii „Sanlu” și a intrat în producție în 1985. Testele clinice atestă eficiența acestui tratament în tratarea cheliei (seбореia tricosis).

READER'S DIGEST. Terapia fotodinamică a înregistrat un progres remarcabil în unele tipuri de cancer extrem de greu de combătut, cum sînt cele de plămîin și esofag. Tratamentul a fost aplicat la 2 700 de bolnavi, precizează prof. dr. Thomas Dougherty, din Bufalo, S.U.A. Metoda are un rezultat de 100 la sută în cazul tumorilor bronșice precoce și avansate. Tehnica constă în administrarea unei substanțe fotosensibile care se acumulează în mod selectiv în celulele canceroase. Cînd ele sînt iradiate cu o lumină roșie, în general un fascicul laser, se formează o varietate deosebită de oxigen care le distruge. În prezent se lucrează pentru perfecționarea acestei tehnici în combaterea oricărei tumori accesibile endoscopului.

DIN PRESA

NAUKA I JIZNI. Chirurgii francezi au demonstrat că prin presărarea de zahăr tos deasupra rănilor care se vindecă greu după operație se poate evita formarea de puroi și accelera vindecarea. Dr. Jean Louis Trouvailles a făcut un studiu comparativ evidențiind că zahărul tos este mai eficient decît... antibioticele. Se presupune că zahărul joacă aici același rol ca în dulceață: absoarbe toată puterea microorganismelor, distrugîndu-le.

READER'S DIGEST. Perfecționiștii sînt acei oameni care încearcă forțat să facă imposibilul, care își măsoară propria valoare numai în funcție de realizările personale. Ca urmare, ei sînt îngroziți de perspectiva unui eșec. Se simt obligați și, în același timp, nemulțumiți de realizările lor. Perfecționismul poate să coboare ștacheta performanței și să ne conducă pe calea insuccesului. De fapt, descurajarea și tensiunea nervoasă, care așa de des îi afectează pe perfecționiști, pot duce la scăderi în creativitatea și productivitatea muncii lor. Un studiu efectuat de specialiștii de la Universitatea de stat din Pennsylvania a evidențiat că gimnaștii care s-au calificat la jocurile olimpice nu erau așa de promițători în ceea ce privește stabilirea recordurilor în comparație cu cei care își ratau intrarea în lotul olimpic. Atleții din primul tip aveau tendința să subestimeze importanța lucrărilor trecute, în timp ce ceilalți erau marcați de insuccesele anterioare și foarte aproape de a-și crea o stare de panică și aceasta chiar în timpul competiției. Un psiholog a indicat șase dezavantaje ale perfecționismului: 1) Îl face pe om rigid și nervos; 2) Inhibă angajamentul în fața greșelilor inevitabile; 3) Inhibă elanul de a încerca lucruri noi; 4) Îl face extrem de autocritic încît îi răpește bucuria de a trăi; 5) Reduce perioadele de relaxare; 6) Impulsionează intoleranța față de ceilalți.

NEW ENGLAND JOURNAL OF MEDICINE. În S.U.A. a fost realizat primul medicament care se pare că poate corecta pierderea memoriei, unul din simptomele cele mai grave ale maladiei lui Alzheimer, principala cauză a demenței senile. Medicamentul (THA) a fost experimentat doar pe 17 bolnavi de dr. William Sommers (Universitatea „California”, Los Angeles, S.U.A.). Eficacitatea produsului nu are însă efect de lungă durată, simptomele reapărînd imediat după oprirea tratamentului.

INTERNAȚIONALĂ

Agencia LONDON PRESS SERVICE. Anestezizării englezi au realizat un mijloc mecanic inedit de reproducere a reacției instinctive la durere a ființelor umane: cel de a freca zona afectată. Prin frecare se obține reducerea intensității durerii. Stimulatorul poate fi purtat în buzunar sau atașat la cordon printr-un clips și poate fi folosit, fără dificultate, în timp ce pacientul își desfășoară activitatea zilnică.

Agencia FRANCE PRESSE. Un tratament revoluționar, pe bază de laser, al arteritei membrilor inferioare, a fost experimentat la Spitalul universitar din Nürnberg (R.F.G.). Aparatura a fost pusă la punct de către medicii Manfred Klepzig și Thomas Neubauer, coordonați de prof. dr. Bodo E. Streuer de la Universitatea din Marburg, în colaborare cu Societatea vest-germană „Meserschmitt-Bolkow-Blohn”, cunoscută mai ales în domeniul aeronautic. Tratamentul constă în dizolvarea cu ajutorul razelor laser a „depozitelor” de calciu și grăsimi care obturează arterele iliacă și femurală. Finețea acestui aparat permite continuarea circulației sîngelui chiar și în timpul operației.

NEWSWEEK. Bolnavii acuză febră, dureri de încheieturi și uneori dureri în gît, dar nu este vorba de gripă. Ei suferă de oboseală exagerată, slăbiciune și debilitate, dar nu este SIDA. Unii se plîng de confuzie și pierderi de memorie și totuși nu este maladia Alzheimer. Potrivit unor cercetători americani majoritatea par să sufere din cauza manifestării implacabile și cronice a unui agent infecțios obișnuit: virusul Epstein-Barr. Unii oameni de știință estimează la 10 000 numărul americanilor infectați de acest virus. Simptomele sînt intense sau mai puțin intense, niciodată însă nu dispar complet. Proporția e de 3:1 în favoarea femeilor – în special a celor realizate pe plan profesional, dar cu o viață plină de stres. Unele devin atît de devastate din punct de vedere fizic și emoțional încît sînt nevoite să-și părăsească soțul; uneori chiar viața personală le este afectată. Virusul EB, ca și ceilalți membri din familia herpesilor, din care face parte, rămîne în stare latentă în organism pentru totdeauna și poate fi reactivat de o varietate de stări de stres. În ce privește tratarea bolii, unii cercetători susțin că rezultate bune dă Acyclovir – medicament pentru tratamentul herpesului genital. Dar, în cea mai mare parte, pacienții trebuie să învețe, pur și simplu,

să trăiască cu această maladie înșelătoare, avînd grijă de ei înșiși, și mai ales odihnindu-se mult.

Agencia ADN. Modelul unei celule vii, confecționat din sticlă și avînd doi metri mărime, va completa în curînd expoziția din cadrul Muzeului de igienă din Dresda (R.D. Germană). Celula din sticlă, alcătuită din 900 de elemente, se alătură unei serii ale cărei începuturi au fost puse de „bărbatul de sticlă”, în 1930, după care au urmat modelul unei femei, al unui cal și al unei vaci. Ele sînt destinate studierii diferitelor procese ce se desfășoară în interiorul organismului și sînt folosite curent de studenții facultăților de medicină din R.D. Germană.

Agencia NOVOSTI. Aparatul electronic „Eskan-G” are nevoie doar de cîteva secunde pentru a stabili diagnosticul în diabetului zaharat. Producția lui de serie a început la firma pentru mașini de calcul „Sigma” din R.S.S. Lituaniană. Conceput de oameni de știință de la Institutul de biochimie al Academiei de Științe din această republică sovietică baltică, aparatul nu are analog în practica medicală. Cercetările specialiștilor lituanieni în domeniul fermentilor le-au permis să renunțe la clasică analiză a sîngelui în laborator, înlocuind procedura respectivă cu reacția aparatului menționat. Acesta stabilește cantitatea de glucoză din sînge printr-o reacție față de comportamentul fermentilor din organism. Diagnosticarea bolii se simplifică, devine accesibilă nu numai în condițiile instituțiilor medicale, ci și la domiciliu. În acest ultim scop, se concepe acum un aparat miniatural.

CERES. Tabagismul nu amenință doar sănătatea oamenilor ci și... marile păduri ale lumii. Revistă a F.A.O., „Ceres” subliniază că sînt necesare 2-3 ha de pădure pentru o tonă de tutun. În Kenya, producția anuală de tutun solicită anual defrișarea a 5 000-8 000 ha de pădure. În ritmul actual, precizează „Ceres”, în anul 2000 nu vor mai rămîne arbori în Kenya.

Agencia NOVOSTI. Specialiștii sovietici au reușit să obțină un nou preparat, numit etacizină, pentru tratamentul dereglărilor ritmului cardiac. Aceasta acționează o perioadă de timp de 4-5 ori mai lungă și de două ori mai intens decît preparatul numit etmozina, elaborat anterior și deja omologat. Interesul sporit față de noile mijloace de acțiune împotriva aritmiei se explică prin aceea că aceasta reprezintă cele mai

periculoase și frecvente complicații ale cardiopatiei ischemice și infarctului de miocard. În comparație cu predecesoarele sale, etacizina este mai eficientă în tratarea multor forme de dereglare a ritmului cardiac. Firme străine, cum ar fi „Dupont” (S.U.A.) care a cumpărat licența pentru fabricarea și folosirea etmozinei, manifestă interes pentru noul preparat.

SANTÉ DU MONDE. În anul 2000 în întreaga lume vor fi 600 de milioane de persoane de peste 60 de ani (iar în anul 2025 numărul acestora crește la 1,1 miliarde). 72 la sută dintre acestea vor locui în țările ce astăzi sînt în curs de dezvoltare. Demograful Paul Paillat, analizînd acest fenomen, arată că în prezent, în Franța, 7,5 milioane de persoane (mai mult de 13,5 la sută din populație) au peste 65 de ani, în R.F.G. 14,9 la sută, în Anglia 14,4 la sută; în S.U.A. 11 la sută, în U.R.S.S. 9,3 la sută, în Japonia 8 la sută.

Agenția „NOVOSTI”. La Comitetul de Stat al U.R.S.S. pentru invenții și descoperiri a fost înregistrat studiul unui grup de oameni de știință de la Institutul de medicină din Tașkent care a stabilit că există o relație între dereglarea funcțiilor renale și alimentarea artificială a nou-născuților. Aceasta din urmă, a comunicat acad. Kamildjan Zufarov, coordonatorul studiului, este adesea cauza apariției unor complicații grave ale rinichilor, produse pentru că sistemul digestiv, încă neformat la nou-născuți, nu este în stare să descompună pînă la capăt proteinele din lapte. În această formă nefinisată, ele ajung, prin intermediul unor mecanisme speciale, în sîngele și limfa copilului. Munca de descompunere a proteinelor pînă la stadiul de aminoacizi o duc la bun sfîrșit rinichii. După care, aminoacizii ajung din nou în sînge și sînt folosiți la creșterea și dezvoltarea întregului organism. Cu alte cuvinte, la nou-născuți sistemul digestiv și cel urinar se află într-o strînsă corelație pe toată perioada alimentării cu lapte, ceea ce nu întîlnim la persoanele adulte.

Dacă rinichiul vine în contact cu proteine dintr-un lapte artificial, altul decît cel matern, el este suprasolicitat, începe să se „defecteze”. Tocmai aceasta duce, în ultimă instanță, la tot felul de dereglări în funcționarea lui, iar uneori și la maladii grave, a explicat K. Zufarov.

Legătura dintre cele două sisteme – digestiv și urinar – se menține la om pînă la vîrsta de un an, iar uneori și pînă la un an și jumătate. De aceea savantul este convins că, cu cît copilul este hrănit o perioadă mai lungă cu lapte matern, cu atît el va fi mai sănătos.

K. Zufarov consideră că principalele elemente ale acestei descoperiri ar trebui folosite în elaborarea compoziției pentru „melanjurile” artificiale, destinate copiilor. Această muncă a și fost începută de autorii descoperirii împreună cu cercetători de la Institutul de nutriție din Tașkent.

S-AU GĂSIT...

Katie Neidhold, studentă în vîrstă de 23 ani, și Bruce Morgan, student în vîrstă de 24 ani, ambii din S.U.A., au decis să se căsătorească imediat ce vor termina studiile. N-ar fi fost nimic deosebit dacă cei doi nu s-ar fi cunoscut cu ocazia unor deosebit de interesante împrejurări. Amîndoi la cele două universități unde studiază Katie în Aljask și Bruce în Pensylvania, au fost aleși ca fiind „cei mai urîți” studenți din respectivele universități. Nu era ceva prea plăcut, dar, din fericire, amîndoi au tratat cazul cu umor. Cînd Bruce a aflat de Katie a vrut s-o cunoască. Pur și simplu din curiozitate vroia s-o vadă pe cea mai urîtă studentă din Aljask. I-a scris, apoi s-au înîlnit. Bruce a fost plăcut surprins: „Am crezut că o să văd o ursoaică și iată o fată frumoasă deși puțin cam molușă”, a declarat Bruce. Și Katie susține că Bruce e foarte plăcut și simpatice, deși nu-i amintește de nici un actor de film!

DE UNDE VIN NUMELE FEMEILOR?

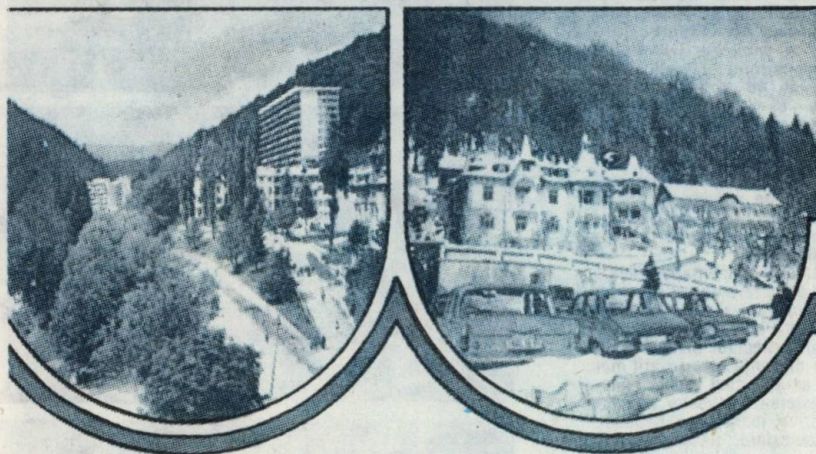
Nici nu-ți vine să crezi cît de vechi sînt unele nume de femei. Ele par să-și aibă obîrșia încă din epoca matriarhatului, cînd rolul femeii în familie și în obște era predominant. Poate că încă de atunci li se alegeau nume metaforice după calitățile ce le deosebeau pe unele de celelalte.

Iată un grupaj de nume străvechi, fiecare avînd o semnificație: **Eleonora** — luminoasă; **Irina** — pașnică; **Melania** — întunecată; **Ioana** — gospodină; **Codruța** — liberă; **Clara** — curată; **Margareta** — gingașă; **Felicia** — fericită; **Sabina** — sensibilă; **Leonela** — curajoasă; **Lucia** — luminată; **Mioara** — romantică; **Violeta** — sentimentală; **Claudia** — înțeleaptă; **Emilia** — casnică; **Ecaterina** — puternică; **Mariana** — eroină.

Acum alegeți!

M. P.

Slănic-Moldova



O STAȚIUNE CU 20 DE IZVOARE DE APE MINERALE

Perla a Moldovei, Slănicul este una dintre stațiunile cele mai vechi și mai renumite în țară și peste hotare, turiști din toată Europa venind aici să se trateze încă de la începutul secolului. Renumele stațiunii este dat de calitatea izvoarelor de apă minerală care au obținut în cadrul unor expoziții internaționale organizate la Paris, Frankfurt pe Main și Viena multe medalii de aur. Primele izvoare au fost descoperite în anul 1801. O jumătate de secol mai târziu, medicii au efectuat analiza chimică a apelor iar după anul 1877 s-au creat și primele stabilimente de cură. Distrusă aproape în întregime în timpul primului război mondial, stațiunea a fost refăcută parțial. Așa încât i-a revenit generației noastre sarcina de a-i da o nouă strălucire.

Cu noile și modernele sale hoteluri, cu noua bază de tratament Slănic Moldova se înscrie azi în rândul celor mai valoroase stațiuni balneare din Europa. Iată cum o prezintă dr. Rodica Stăiculescu, medicul șef al Dispensarului policlinic balnear:

„Principală bogăție a stațiunii o constituie **izvoarele de ape minerale carbogazoase, bicarbonatate, cloruro-sodice, ușor sulfuroase**. Li se adaugă **mofetele, climatul subalpin de crăutare, slab excitant, bogat în aerosoli rășinoși și ioni negativi**.

Instalații și proceduri de cură: buvete cu apă minerală • Instalații pentru băi calde cu apă minerală. • Instalații pentru terapie respiratorie. • Instalații pentru fizioterapie. • Săli pentru masaje și gimnastică medicală. • Instalații pentru mofete. • Sauna.

Indicații terapeutice: Afecțiuni ale aparatului digestiv și glandelor anexe (gastrite cronice, ulcere gastrice și duodenale, colite cronice nespecifice), afecțiuni ale căilor respiratorii (traheobronșite cronice, astm alergic, emfizem pulmonar, rinosinuzite cronice), afecțiuni metabolice și de nutriție (diabet, obezitate), afecțiuni ale rinichilor și căilor urinare, afecțiuni neurologice periferice, afecțiuni post-traumatice, iar ca boli asociate; afecțiuni reumatismale degenerative și abarticulare, afecțiuni cardiovasculare, endocrine, ginecologice, boli profesionale, nevroze astenice.”

Să adăugăm la toate acestea informația că un personal sanitar de înaltă calificare lucrează cu talent și dăruire pentru ca cei veniți la tratament să beneficieze din plin de miraculoasele daruri ale stațiunii.

ÎNTEPRINDEREA DE ALIMENTAȚIE PUBLICĂ LOCALĂ „SEGARCEA”

„MENIUL DIETETIC, MIJLOC DE TRATAMENT”

— interviu cu dr. Emilia Sintu, de la Clinica de boli metabolice și de nutriție a IMF București —

— Un mare număr de bucureșteni trece zilnic pe binecunoscuta stradă Lipscani din vestitul centru comercial al capitalei. Dar puțini știu că Restaurantul dietetic „Mureșul” situat pe aceeași stradă, împlinește 15 ani de activitate. Am considerat un bun prilej, stimată tovarășă doctor Emilia Sintu, pentru a vă ruga ca în calitate de medic principal de specialitate în boli de nutriție și diabet să vă exprimați opinia asupra rolului pe care îl poate avea un restaurant dietetic.

— O unitate de alimentație publică cu profil dietetic are un rol deosebit de important, dovedindu-se deosebit de eficientă în asigurarea meniurilor specifice fiecărei afecțiuni. Un rol a cărei eficiență este cu atât mai evidentă astăzi când se înregistrează creșterea frecvenței afecțiunilor digestive, metabolice, hepatice și cardiovasculare, fiecare necesitănd respectarea unei diete aparte. În acest context, consider că deschiderea de restaurante și în alte orașe — ca în cazul municipiului Craiova unde funcționează de câteva luni o astfel de unitate, este o expresie a grijii față de sănătatea populației. Faptul că bucătarul-șef de la Restaurantul „Mureșul” și colegii săi au urmat un curs de gastronomie organizat în colaborare cu Clinica de boli metabolice și de nutriție de la spitalul „Dr. I. Cantacuzino” din capitală, este o dovadă a atenției acordate pregătirii corecte a dietelor și eficienței acestora.

— Cum apreciază medicul specialist faptul că 15 categorii de suferinzi găsesc zilnic și la ore fixe, la Restaurantul „Mureșul” preparate indicate afecțiunii lor, din care absentează sarea, condimentele, grăsimile animale, rintașurile și prăjeliile?

— Îl apreciez ca pe o realizare notabilă în beneficiul suferinzilor, meniul dietetic constituind un mijloc de tratament deosebit de util dar și o modalitate de a-l învăța pe acestia cum să-și realizeze acasă meniurile de duminică sau pentru dimineață și seri. În mod direct se realizează obișnuirea lor cu mâncărurile dietetice și convingerea că accepta-



rea lor se poate face fără dificultate.

— Dar faptul că în limita rețetelor se pregătesc deseori preparate la sugestia consumatorilor, că totul se servește „à la carte” iar în timpul mesei nu se fumează, cum pot fi apreciate?

— Sunt măsuri care vin în sprijinul asigurării condițiilor și ambianței necesare unei diete. Respectarea gusturilor și a anumitor obiceiuri sau preferințe culinare are un efect deosebit, contribuind la acomodarea rapidă cu dieta. Servirea mesei „à la carte” oferă fiecăruia certitu-

dinea că mănincă „ceea ce îi place” și nu ce i se impune, iar absența fumului asigură o atmosferă sănătoasă. De aceea, autorii acestor inițiative merită felicitări.

— Deși Restaurantul „Mureșul” este, prin profilul lui, destinat suferinzilor, apreciați oportun ca și cei sănătoși să-l treacă pragul?

— Desigur. Îndeosebi cei care au depășit vîrsta de 60 de ani, chiar dacă nu au anumite afecțiuni, pot opta, în mod profilactic, pentru meniuri dietetice servite în astfel de condiții.

Nicolae TURTURESCU



GASTROTEHNIE TRADIȚIONALĂ SAU MODERNĂ?

Gastrotehnica reprezintă totalitatea procedee-
lor întrebuintate în practica pregătirii hranei.

În mod inerent, gastrotehnica - apărută încă de
la începuturile preistoriei - a fost aservită întot-
deauna resurselor de hrană, nivelului de cunoș-
tințe și stadiului de dezvoltare socială.

Primul procedeu gastrotechnic utilizat de omul
primitiv al paleoliticului a fost fragmentarea, în-
lăturarea părților necomestibile. Unelele de piatră
serveau în egală măsură la lovire, sfărâmare,
găurire, tăiere, răzuire etc.

Celebru antropolog L. Leakey, care a copilărit
în preajma unui trib din Kenya, a reușit să facă
o demonstrație deosebit de concludentă în fața
unor corespondenți de presă. În patru minute a
cioplit la un capăt o piatră lenticulară de cuarț.
Cu acest instrument (chopper) a realizat în 20 de
minute sacrificarea, jupuirea, eviscerarea, cură-
țarea și tranșarea unui berbec.

Un mare progres gastrotechnic a fost reprezen-
tat de utilizarea focului, procedeu apărut proba-
bil în urma scăpării accidentale a unei bucăți de
carne în foc sau a întrebuintării oaselor marilor
mamifere vinate la întreținerea focului.

Prin frigere, carnea a devenit mai plăcută la
gust, mai ușor digerabilă, mai puțin alterabilă și
nocivă.

Fierberea alimentelor datează din timpurile
mai târzii ale paleoliticului superior, odată cu
aparitia ceramicii.

Epoca neolitică, în care omul se transformă
din vânător-culegător în agricultor-crescător a
însemnat o evoluție a modului primitiv de pro-
ducție, a modului general de viață. Agricultură,
pe lângă o relativă stabilitate, asigură rezerve de
hrană, reprezentate, în primul rînd, prin cereale.
Alimentația, din predominant carnată, devine
mixtă, cu o pondere marcată a lacto-vegetaria-
nismului. Inventarul obiectelor de tehnică culi-
nară se îmbogățește substanțial. Apar vetrele,
cuptoarele, rîșnițele, recipientele mari și mici
din lut, lemn sau metal, strecurătorile, presele
etc. Primelor procedee gastrotechnice - frigerea și
fierberea - li se adaugă prăjirea, coacerea, sara-
murarea, afumarea, fermentarea.

O excepție de la această cronologie, explica-
bilă prin condițiile geografice particulare, este
reprezentată de eschimoși, locuitorii celor mai
nordice latitudini, care pînă în secolul trecut au
trăit la nivelul comunei primitive. Alimentul de
bază era carnea consumată crudă, procedeu
gastrotechnic al frigerii fiind complet ignorat. Sin-
gura pregătire termică se realiza prin fierberea
peștilor în vase mici de piatră la flacăra unei
feștele de seu.

Datorită condițiilor geografice deosebite, a lo-
cuintelor improvizate (iglu sau cort), a penuriei
de material lemnos, eschimoșii nu aveau practic
ale posibilități. Insuși cuvîntul eschimos (eschi-
mantsic) înseamnă mîncător de carne crudă.

Odată cu pătrunderea civilizației, gastrotehnica
eschimoșilor a evoluat spectacular. În 1960, la
recomandația și cu girul Institutului de Cercetări
Alimentare din Groenlanda, s-a publicat o carte
de bucate a acestei populații.

Analizînd situația economică precară a popo-
rului român la sfîrșitul secolului trecut, N. Mano-
lescu („Igienă țărănului”) arăta inventarul rudi-
mentar al bucătăriei. Pregătirea mîncărilor se
făcea pe o vatră primitivă. Foarte puține gospo-
dării dețineau pirostării (stative metalice pentru
fixarea ceaulului pe foc). Acestea erau înlocuite
cu un lemn crestat ce se monta în poziție oblică
deasupra focului pentru suspendarea ceaulului
(cujbă). În alte cazuri ceaulul era atîrnat de ca-
pătul unui lanț. Coacerea turtelor se făcea în
test, obiect din lut în formă de clopot.

N. Manolescu subliniază faptul că marea ma-
joritate a gospodăriilor țărănești nu beneficiau
de avantajele deosebite pe care le oferă în pre-
gătirea mîncărilor mașinile metalice de gătit
prevăzute cu plită și cuptor.

În prima carte românească de bucate, scrisă
de Costache Negruzzi și Mihail Kogălniceanu
(1841), unele procedee culinare prevedeau „înve-
lirea tîngirii în jărătec”.

I. Claudiu („Alimentația poporului român”)
consideră că în economia agro-pastorală, carac-
terizată prin transhumante și pendulări sezo-
niere ce au definit etnogeneza poporului nostru,
baza gastrotechniei era constituită din fierturi de
cereale la care se adăugau lapte, produse lac-
tate, ouă, legume, ocazional carne.

În acest cadru arhaic al civilizației agro-pas-
torale, fierturile mixte, avînd la bază cerealele,
plăcute la gust, sățioase, ușor de pregătit, nece-
sîtînd un inventar casnic restrîns, au constituit
mîncarea caldă de bază.

Astfel, o serie de obiceiuri alimentare apărute
din necesitate socio-economică, statornicite isto-
ric în cadrul unor grupuri sau popoare, se tran-
smit din generație în generație într-un ansamblu
de tradiții. Moralistul francez Vauvernagues (se-
colul al XVIII-lea) menționa că, „oamenii sînt mai
încrîzători în datinile și tradițiile strămoșilor de-
cît în judecata lor”.

Este însă tot atît de adevărat că omul, ființă
istorică, deține comportamentul alimentar pro-
priei persoanei sau specific grupului de care
apartine. Soluția unui echilibru între forța tradi-
ției și necesitățile modernizării rezidă în **adapta-
rea cerințelor la exigențele prezentului**. Răspunsul la întrebarea „gastrotechnie tradițională
sau modernă?” se poate enunța sub forma men-
ținerii și îmbogățirii gastrotechniei tradiționale
prin prisma unor corective impuse de beneficiul
progresului tehnice și mai ales de cunoștințele
științifice actuale ce au ca obiectiv îmbunătățirea
stării de sănătate.



Programul de alimentație științifică a populației, aprobat de Marea Adunare Națională, are la baza prevederilor „recomandările științei, obiceiurile, tradițiile și specificul cerințelor de consum ale populației din țara noastră ca și experiența pe plan mondial”. Alături de alte obiective, Programul de alimentație științifică a populației prevede perfecționarea tehnologiilor de preparare a produselor culinare, care să permită menținerea valorii nutritive a materiilor prime și ridicarea generală a nivelului calitativ.

Unul dintre cele mai vechi procedee culinare, tratamentul termic al alimentelor, s-a transmis tradițional, cu păstrarea caracteristicilor fundamentale, completate cu practici empirice, adaptări de necesitate sau perfecționări tehnice. Știința alimentației, preluând cu discernământ critic procedeele culinare, contribuie la selectarea sau adaptarea acestora în conformitate cu cerințele progresului tehnic, atât pentru păstrarea valorii nutritive a alimentelor, cât și pentru ridicarea calităților senzoriale.

Tratamentul termic al alimentelor are ca efecte principale favorabile coagularea proteinelor, gelificarea unor țesuturi nedigerabile (colagen, pectină etc.), modificarea structurii unor glucide, topirea lipidelor etc. Aceste modificări fizico-chimice pot antrena, alături de pierderea apei, eliminarea sau inactivarea unor substanțe nutritive deosebit de importante (proteine, lipide, glucide, vitamine, elemente minerale).

Gastrotehnica modernă, pe lângă creșterea operativității funcționale a proceselor culinare, urmărește diminuarea efectelor defavorabile ale tratamentului termic asupra alimentelor prin studierea științifică a tuturor componentelor.

Tempul de prelucrare termică variază în funcție de natura alimentului, dimensiunile acestuia și nivelul temperaturii.

Tratamentul termic al alimentelor se face prin: frigere, coacere, prăjire, înăbușire, fierbere.

Frigerea constă în prepararea unui aliment prin expunerea directă a acestuia la acțiunea căldurii (frigare, rotisor) prin intermediul unei plăci metalice (plită, snack) sau a unui grătar. Deoarece conductibilitatea termică a alimentelor este relativ mică, apar mari diferențe de temperatură între porțiunile interioare și exterioare.

Frigerea unui aliment trebuie să se realizeze încă de la început printr-o temperatură ridicată (300–350°C), care să producă o coagulare rapidă a proteinelor de suprafață. În felul acesta, sucul interior (denumit de bucătari jiu) se păstrează în cantitate mai mare, friptura devine mai fragedă, mai gustoasă, mai hrănitoare. Pentru realizarea în bune condițiuni, acest proces trebuie să îndeplinească următoarele condiții: temperatură cât mai ridicată la locul de contact (grătar bine incins), grosimea potrivită în funcție de sortimentul cărnii, porțiunile pregătite să fie cât mai sărace în țesut conjunctiv, suprafața alimentului să fie cât mai uscată, apa fiind un protector termic, sărarea cărnii să se facă la sfârșit, deoarece sarea este o substanță hidroscopică, ce absoarbe lichidul din interior.

Vechii grataragii pregăteau curent fripturile din carne nespalată, procedeu ce nu mai poate fi admis de cerințele igienice actuale. Pentru com-

pensarea deficiențelor ce le aduce spălarea se recomandă zvântarea sau ștergerea ușoară cu un șervet a feliilor de carne. Un avantaj substanțial îl constituie ungerea lor cu puțin ulei, deoarece grăsimea preia rapid o temperatură mai ridicată decât apa.

Este, de asemenea, important ca, pentru carnea fragedă, tranșarea și porționarea să fie făcută de-a lungul fibrelor iar pentru carnea tare, transversal. Baterea cărnii cu ciocanul, procedeu ce zdrobește celulele musculare, poate fi înlocuit prin baterea ușoară cu ȳitul unei sticle goale, modalitate prin care fibrele sînt îndepărtate unele de altele.

Frigerea peștelui poate ridica o serie de dificultăți, deoarece la suprafața acestuia, după curățire, se menține un strat de mucus protector ce nu poate fi îndepărtat decât parțial prin spălare. De aceea, se recomandă o ștergere mai energică (fără presare a suprafeței înaintea frigerii). Procedeu tradițional de tăvălire a peștelui prin malai înainte de a fi pus pe grătar se dovedește cu totul justificat. Malaiul absoarbe o parte din mucus realizînd o crustă, de protecție. La fel de judicioasă este frigerea peștelui în hîrtie pergament unsă cu grăsime.

O atenție deosebită trebuie acordată posibilităților de frigere a tocăturilor. Sortimentele curente de tocături fierțe, prăjite, coapte etc. se pot îmbogăți cu pirjoale sau chiftele la grătar, preparat culinar ce deține calități nutritive și gustative superioare.

Tocătura obișnuită (pentru pirjoale sau chiftele), la care se poate adăuga ceapă tocată, fiartă în prealabil, se modelează în forma și dimensiunile dorite, se trece prin ou bătut și pesmet, se frige pe grătarul incins și uns cu ulei. Prin acest procedeu, produsul devine crocant la suprafață și mustos în interior.

Coacerea constă în pregătirea termică a alimentelor prin intermediul aerului cald în cuptor la 180–250 °C. Acest procedeu poate fi aplicat aluaturilor, tocăturilor, unor legume (sfeclă, cartofi, ceapă), unor fructe (mere, gutui), precum și cărnii de pește, pasăre sau alte mamifere.

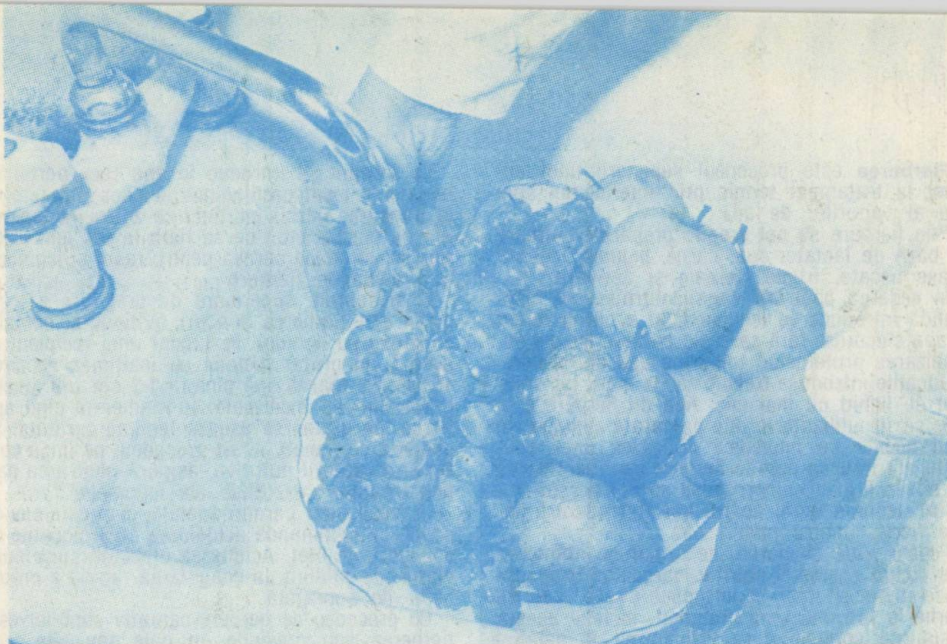
Deoarece cuptorul prezintă o temperatură neuniformă, incidentele acestui proces culinar rezidă în posibilitatea apariției de porțiuni arse alături de porțiuni crude, ambele indigeste sau nocive.

În cazul budincilor și sufleurilor, acest impediment este înlăturat prin așezarea compoziției în tăvi unse cu grăsime și tapetate cu pesmet. Suprafața poate fi protejată printr-o foaie unsă de pergament. Un procedeu dietetic foarte util este amplasarea tăvii cu tocături într-un alt vas cu apă.

Budincile și sufleurile devin mai gustoase și mai digerabile dacă în compoziție se introduc albușuri bătute spumă. Bulele mici la căldură măresc volumul, produsul devine afinat și copt uniform.

Legumele și fructele ce urmează să fie introduse în cuptor se ung cu ulei și se așează în tăvi cu puțină apă.

Pregătirea cărnii la cuptor se face în tăvi cu ulei și apă, la care, în funcție de natura preparatului, se pot adăuga condimente, vin, suc de ro-



șii, smintină, unt etc. Periodic, cu lingura, se stropește uniform suprafața cu sos din tavă. Bucățile mari de carne (pasăre, pește, mamifere) se pot așeza în tavă pe bucăți de lemn bine curățate și spălate.

Prezența oaselor în interiorul cărnii favorizează coacerea. Țesutul osos compact preia și păstrează o mare cantitate de căldură, accentuând procesul termic în interior. O accentuare a coacerii dinspre interior este favorizată de introducerea unei bucăți de unt sau margarină în cavitatea abdominală a păsărilor curățate, eviscerate și spălate.

Mentinerea unor mâncăruri mult timp la cuptor (mâncăruri scăzute) determină o distrugere mare a vitaminelor.

Tehnologiile moderne sînt în măsură să elimine total o serie de impedimente ale cuptoarelor uzuale. Spre exemplu, microundele, ce pătrund simultan în întreaga masă a produsului, scurtează durata procesului culinar, păstrînd valoarea nutritivă în condițiile realizării unor preparate superioare.

Prăjirea este tratamentul termic al unui aliment în grăsime incinsă. Grăsimea poate atinge o temperatură de circa 350 °C, dar cea recomandată în procesele culinare este de 160-180 °C, deziderat dificil de controlat din punct de vedere obiectiv.

Prin încălzirea grăsimilor se realizează o oxidare cu producere de epoxizi ce se pot polimeriza. Aceștia constituie compușii nocivi, toxici, care pe lângă acțiunea iritativă asupra tubului digestiv favorizează apariția aterosclerozei. Prăjirea constituie unul dintre cele mai disputate procedee gastrotehnice. Prin procedee termice neraționale, chiar grăsimile în care predomină acizii grași nesaturați (grăsimi vegetale) își modifică structura devenind nocive.

Teoretic, se recomandă evitarea supraîncălzirii grăsimii, a utilizării repetate, a includerii lor în sosuri sau în alte preparate culinare.

Pentru scurtarea timpului de contact se recomandă ca raportul dintre grăsime și alimentul prăjit să fie cît mai mare, alimentul să fie fragmentat în bucăți mici, iar suprafața acestuia cît mai puțin umedă.

Imediat după terminarea procesului termic alimentele se îndepărtează din grăsime. Prin răcire crește cantitatea de grăsime încorporată.

În unități de alimentație publică există băi de ulei termoreglabile (friteuze), dotate cu un sistem termostaț ce poate înlătura o parte din efectele nedorite ale prăjirii.

Înăbușirea constă în tratarea termică a alimentelor în ulei și apă într-un vas acoperit cu capac.

Este un procedeu gastrotermic deosebit de rațional, deoarece înlătură toate dezavantajele prăjirii.

Amestecul de apă și ulei coboară semnificativ temperatura. Acoperirea recipientului mărește presiunea și micșorează cantitatea de oxigen.

Înăbușirea se recomandă ca procedeu culinar de preparare a cărnii și legumelor. Parțial, acesta se poate utiliza și la prepararea sosurilor. Legumele, ce constituie specificul rețetei se înăbușă în ulei și apă, se adaugă făină diluată în apă rece, se amestecă la foc mic pînă la obținerea viscozității dorite. După caz, se strecoară sau se pasează. În general, durata de fierbere a făinii de grîu este de 5 minute iar a amidonului de 2 minute.

Călirea făinii direct în grăsime incinsă nu este un procedeu recomandabil. Pe lângă fenomenele de oxidare, se produce o brunificare ce constă în transformarea amidonului în dextrină. Dextrina are un grad mai mic de gelificare, motiv pentru care îngroșarea sosurilor se face cu dificultate.

Îngroșarea sosurilor, este, de asemenea, împiedicată de substanțele acide. Atît pentru protejarea unor vitamine, cît și pentru reușita culinară, se recomandă ca sucul de lămîie, sucul de roșii, pasta de tomate să se introducă în sos spre sfîrșitul procesului termic.



Fierberea este procedeul supunerii unui aliment la tratament termic prin intermediul apei sau al vaporilor de apă.

Prin fierbere se pot pregăti preparate culinare pe bază de lactate, ouă, carne, legume, leguminoase uscate, fructe, cereale și derivate.

În vederea păstrării valorii nutritive, se recomandă introducerea legumelor și a cărnii direct în apa clocotită, fără sare. Sarea favorizează solubilizarea proteinelor, tulburând apa de fierbere.

Bucățile introduse trebuie să fie mari, iar volumul de lichid cât mai mic. Apa de fierbere este bine să fie utilizată la alte preparate culinare. În felul acesta se împiedică difuzarea unor substanțe nutritive în apa de fierbere sau inactivarea acestora. Prin acest procedeu se pot pregăti rasoluri, legumie fierite pentru garnituri, pentru salate fierite, pentru pireuri etc.

Pentru supe și ciorbe, ce urmăresc obținerea unui lichid gustos și nutritiv, carnea se fragmentează în bucăți mici, se introduce în apă rece. Se fierbe la foc mic timp prelungit. În felul acesta, țesuturile conjunctive se transformă în gelatine solubile. Ulterior se introduc legumele în ordinea de fierbere. Această ordine este impusă de conținutul în celuloză, pectine, precum și de gradul de umiditate. În general, se recomandă următoarea succesiune: leguminoase uscate, rădăcinoase și unii bulbi (telină, morcovi, păstîrnac, sfeclă, gulii), ceapă, cartofi, dovlecei, ardei și gogoșari, varză, tomate, legume-frunze (ștevie, lobodă, salată) etc.

Procedeul de alcalinizare a apei de fierbere, prin introducerea de bicarbonat pentru scurtarea timpului de pregătire, este total neindicat deoarece accentuează distrugerea vitaminelor.

Tradiționala întrebare a bucătarilor: „supă bună sau rasol bun?” poate găsi o soluție ce satisface ambele cerințe.

La început se introduc în apa rece porțiunile bogate în țesut cartilaginios și osos obținute de la tranșarea cărnii (porțiuni cu zgirciuri, tacimurile de pasăre etc.) ce se fierb la foc lent. Ulterior se introduce carnea pentru rasol și legumele în ordinea de fierbere.

O modalitate superioară de pregătire a legumelor este fierberea în aburi, evitându-se complet contactul cu lichidul. Pe fundul unui recipient se așază un grătar metalic cu înălțimea de circa 10 cm. Se toarnă apă până la 1-2 cm sub nivelul grătarului. Se încălzește. În momentul cînd apa fierbe, pe grătar se așază legume curățate. Se acoperă cu capac. Acest procedeu, pe lângă conservarea valorii nutritive, asigură păstrarea particularităților senzoriale ale legumelor.

În cazul unor cărnuri friabile, cum este cea de pește, se recomandă acidularea apei clocotite cu o lingură de oțet. Aciditatea crescută contribuie, alături de căldură, la coagularea rapidă a proteinelor de suprafață.

Un procedeu de fierbere calitativ superior este fierberea sub presiune, în oale sau alte recipiente speciale.

Presiunea crescută mărește temperatura și scurtează substanțial timpul de pregătire.

Este dovedit științific faptul că o temperatură mai ridicată, de scurtă durată, păstrează mai bine valoarea nutritivă a alimentelor decît o temperatură mai scăzută ce acționează timp prelungit.

Aria de perfecționare a gastrotehnicii este în continuare nelimitată. Pe lângă evoluția tehnică a mijloacelor de producție, nu trebuie omis faptul că marii bucătari n-au fost și nu sînt prizonierii rețetelor culinare, ceea ce constituie un important potențial de progres al gastrotehnicii.

Dr. Vasile DAGHIE

SCENARIUL CULINAR LA IARBĂ VERDE

Cînd vom avea norocul să „tragă” peștele, fericiți, ca toți pescarii, vom aprinde la marginea apei un foc bun. Jarul se va înconjura cu țepușe din lemn, în care vor sta înfipite plăci sau roșioare spintecate și curățate de intestine. După ce s-au rumenit, se aruncă într-o strachină de lut în care plutesc căței pisați de usturoi, cîteva roșii coapte și stoarse în mușei și cițiva ardei copți, curățați și despicăți cit să-și lase sucul în saramură. Se taie fideluța un ardei iute și se presară sare. În timp ce se desfășoară acest plăcut ritual, se pregătește și ceaunul pentru mămăliguță; aceasta, în lipsă de ustensile adecvate, se poate răsturna pe cîteva frunze, bine spălate, de brusture sau nufăr. Ne vom spăla apoi mîinile în apa limpede, după care, servindu-ne „ca-n preistorie”, vom lua un prînz dietetic original, de care ne vom aminti cu plăcere multe veri la rînd.

Sîntem la munte și ne-a prins ploaia. Zgribuliți, ne-am găsit adăpost într-un refugiu, în care un turist grijuliu ne-a lăsat, după legea nescrișă a munților, lemne de foc și chiar chibrituri.

Veseli că am ajuns la scuteală ne pomenim căutînd prin rucsacii după de-ale gurii. Dintr-o dată apar cîteva bucăți de slănină sau costiță, mezeluri, roșii, ardei, conserve.

Ce vom găti în cele 10—15 minute cit îi mai putem amîna pe cei care, deocamdată, fac rost de lemne cu gîndul că s-ar putea să înnopțăm aici? Deasupra jarului format vom pîrpăli cîteva bucăți de slănină sau de costiță, înfipite în țepușe, pe care le vom așeza apoi pe felia de piine a fiecăruia și le vom garnisi cu felii de roșii, ardei și alte legume, aflate la îndemînă. Dacă avem ceaunul la noi și o pungă cu mălai, încropim o mămăliguță în care adăugăm în momentul mestecării cițiva bulgări de brînză și unt. Dintr-o conservă de carne și cîteva fire de ceapă putem prepara și o delicioasă tochtură.

Cum alcoolul, de nici un fel, nu-și are locul în împărăția munților, vom servi după masă un ceai gustos din fructe de ienupăr sau frunze de patlagină, plante aflate la discreție pe orice vîrf de munte. Ceaiul de ienupăr ne ferește de răceli și de îmbolnăviri de stomac, ficat și rinichi, iar cel de patlagină previne tusea, amigdalita și afecțiunile intestinelor.

Maria PREDOȘANU



DIETA ÎN BOLILE CARDIO-VASCULARE

Dintre măsurile de îngrijire a cardiaciilor, modul de alimentație are un rol deosebit de important. Recomandările asupra regimului alimentar se fac diferențiat, în funcție de forma și severitatea afecțiunii. La majoritatea pacienților sînt valabile următoarele principii generale:

- Alimentația trebuie să fie echilibrată, asigurînd un aport corespunzător tuturor principiilor nutritive. Excepție fac unele regimuri indicate în situații speciale, utilizate pentru perioade scurte de timp;

- Digestia trebuie să fie cît mai ușoară, deoarece presupune un efort care crește activitatea inimii. Este motivul pentru care sînt recomandate mese cantitativ mici, dar mai dese (5—6 pe zi), conținînd alimente ușor digerabile. Dintre acestea, varza, fasolea uscată, fructele cu coajă și simburii, mazărea, cartofii în exces pot produce balonări, dacă sînt consumate în cantități mari. Această tulburare trebuie evitată, deoarece îngreunează respirația și are efecte negative asupra circulației. Se vor evita alimentele greu digerabile: cîrnații, mezelurile, brinzeturile fermentate, conservele, peștele gras.

Alimente permise: lactate (lapte integral, iaurt, caș, brînză de vaci, brînză topită); făinoase (grîș, orez, fidea, taitei, pîine albă fără sare, biscuiți fără sare); dulciuri (zahăr, dulceață, gemuri, miere); deserturi (gelatine, creme, budinci); fructe (sub formă de sucuri sau compoturi); legume crude, sub formă de salate sau fierte (soteuri, pireuri) din cartofi, dovlecei, roșii, fasole verde, conopidă; carne slabă (de vită, de porc, de pui, de găină, de pește nesărat); ouă fierte, reci; grăsimi (unt, ulei, margarină).

O alimentație rațională la bolnavii cardio-vasculari trebuie să mențină greutatea corporală în limite normale sau să o reducă, dacă există un exces în greutate.

Consumul de sare trebuie restrîns la majoritatea pacienților. Scăderea aportului zilnic de sare constituie o măsură de bază în tratamentul hipertensiunii arteriale, a insuficienței cardiace. Regimurile sărace în sare sînt de diferite tipuri: cu restricție mică (4—6 g pe zi), medie (2—4 g/zi), severă (1—2 g/zi). Restricția mică

de sare interzice adaosul ei la preparate culinare; de asemenea, se interzic alimentele care, datorită preparării lor speciale, au un conținut crescut de clorură de sodiu (mezeluri, afumături, brinzeturi, măsline, cîrnați).

În cazul restricției severe de sare (1—2 g) se interzice: adaosul de sare la gătitul alimentelor, consumul celor ce conțin mai multă sare și al pîinii obișnuite (se va indica pîinea fără sare). Se va reduce consumul alimentelor care conțin în mod normal o cantitate mai mare de sare (laptele, iaurtul, carnea, peștele de mare, unele legume, ca spanacul, morcovii, conopida, țelina. Se vor interzice medicamentele care conțin sare și apele minerale saline.

Restricțiile dietetice amintite fac adesea ca alimentele să pară lipsite de gust și să fie greu de suportat. În astfel de cazuri se recomandă utilizarea condimentelor aromatice: pătrunjel, mărar, tarhon, leuștean, chimen, cimbru, suc de lămîie, oțet (în cantitate redusă), măcriș, vanilie, scorțișoară.

Cercetările efectuate, atît la animale cît și la om, au arătat că alcoolul are efecte defavorabile asupra aparatului cardio-vascular. Băuturile agresionează toxic mușchiul inimii, tulburînd procesele de ardere, care furnizează energia necesară contracției.

Cafeaua naturală are unele influențe favorabile asupra aparatului cardiovascular, fiind un vasodilatator și un diuretic slab. Pe de altă parte însă produce creșterea frecvenței cardiace și implicit a lucrului inimii, fiind cauza unei excitații cerebrale și a insomniilor. Cercetări mai recente au arătat că favorizează creșterea în sînge a acizilor grași liberi, tulburare care predispozează la apariția aterosclerozei și a bolii coronariene.

Principiile de alimentație enunțate sînt valabile la marea majoritate a bolnavilor cardiovasculari. În unele situații deosebite sînt necesare, pentru perioade scurte de timp, unele regimuri dietetice speciale.

Dr. Iosif DRĂGULESCU
Institutul de medicină din Timișoara



DIETA ÎN ULCERUL DUODENAL CRONIC

D

ouă anotimpuri pe an, primăvara și toamna, bolnavul de ulcer duodenal cronic trebuie să respecte o dietă mai severă, prelungită timp de câteva săptămâni, pentru a preîntâmpina apariția crizelor acute dureroase.

Ca principii generale se recomandă renunțarea la fumat, alcool și condimente iuți (care au rol iritant asupra mucoasei gastrice), precum și la alimente cu celuloză dură (iritantă). Se vor lua 5—6 mese pe zi, cantitativ reduse, cu mâncăruri încălzite la o temperatură potrivită, asigurându-se o masticăție îndelungată și un repaus de 30 minute — 60 minute după masă. Se va evita consumul lichidelor în timpul mesei.

Dietoterapia în: boala ulceroasă latentă, gastrite cronice hiperacide, după operații pe tubul digestiv permite alimente ca: lapte dulce, frișcă, ceai cu lapte, făinoase (fulgi de ovăz, fidea, tăitei, griș), cremă de lapte, brânzeturi proaspete (urdă, caș), unt, smântină, ouă fierte moi sau „românești”, omletă dietetică, carne de vită sau pasăre — fiartă sau tocată sub formă de perișoare dietetice fierte la abur —, pește slab, budinci de pește și carne, legume cu celuloză fină (dovlecei, morcovi) sub formă de pireuri, soteuri, sufleuri, budinci, pâine albă veche de o zi, biscuiți, prăjituri de casă (gelatine, tarte), compoturi nu prea dulci (cu fructe trecute prin sită), fructe coapte la cuptor, sucuri de fructe, chiseluri, supe mucilaginoase, supe-creme, supe de legume (cu unt proaspăt adăugat la servire), sosuri dietetice (sos alb, sos de smântină).

Băuturi interzise: alcoolul, cafeaua naturală, sifonul, ceaiul rusesc. **Alimente interzise:** cacaua, apele carbogazoase, laptele bătut, iaurtul, chefirul, brânzeturile fermentate, sărate și afumate, ouăle fierte tari, maioneza, icrele, carnea grasă de porc, slămina, untura, mezelurile, peștele gras, racii, legumele cu ce-

luloza tare consumate crude (varza, castraveții), leguminoasele uscate, ciupercile, ridichile, ceapa, usturoiul, fructele crude și oleaginoase, piinea neagră, prăjiturile cu nuci, foietajele, aluatul dospit, supele de oase, ciorbele, sosurile cu rintaș, condimentele iuți, alimentele prea fierbinți sau prea reci.

Meniul pentru un prînz

Supă-cremă de dovlecei: albitură 30 g, țelină 30 g, morcov 20 g, dovlecei 150 g, ou 20 g, smântină 30 g.

Se curăță zarzavatul, se spală și se pune la fiert în apă cu sare, tăiat cubulețe. Cînd este pe jumătate fiert, se adaugă dovleceii curățați, spălați (se pot folosi eventual conservați la borcan) și se continuă fierberea. Se scurge zarzavatul de zeamă și se trece prin sită. Pireul obținut se pune din nou în supa rămasă și se mai lasă să fiarbă 10 minute. Se drege cu ou și smântină. Se servește cu verdeață sau crutoane de piine.

Pilaf cu carne de pasăre: carne de pasăre 100 g, orez 75 g, morcovi 30 g, păstîrnac 20 g, supă de legume 300 ml, verdeață, sare, unt 10 g.

În apa rece se pune carnea la fiert. Se curăță morcovii și albitura, se rad și se adaugă în apa în care fierbe carnea. Separat, orezul (ales și spălat) se înmoaie în supa de legume, apoi se completează cu supa de carne și se ține la cuptor 30—40 minute. Se servește cu carnea de pasăre rasol, adăugîndu-se unt proaspăt și verdeață tocată fin.

Biscuiți din albuș: 50 g albuș (de la două ouă), zahăr pudră 70 g, făină 60 g, unt sau margarină 50 g.

În untul (margarina) topit în baie de aburi se adaugă, amestecînd bine, făina, zahărul și, în final, albușul bătut spumă. Se tapetează o tavă cu hirtie pergament, se toarnă pe ea cu cornetul de cofetărie dreptunghiuri de aluat și se coc 10—20 minute la foc potrivit.

Elena MARINESCU-BUCUR
dieteticiană

PACIENȚI DIFICILI



avantul grec **Eratostene** (284-204 î.e.n.) a fost vreme de 40 de ani conducătorul vestitei biblioteci din Alexandria. Pierzindu-și complet vederea la vîrsta de 80 de ani, disperat că nu mai poate citi și scrie, s-a condamnat singur, hotărînd să sfîrșească prin înaniție. Cu toate sfaturile prietenilor și discipolilor săi, a murit de foame după cîteva săptămîni. ● În afara salonului său parizian - unde își dădeau întîlnire cei mai de seamă literați și savanți ai vremii - cit și amiciției cu **La Rouchefoucauld**, **marșiza de Sable** (1599-1678) a rămas cunoscută în epocă și pentru faptul că a întruchipat prototipul bolnavului închipuit. În cei 79 de ani cit a trăit, ea a zăpăcit zeci de medici - unii adevărate somități în materie - pe care îi chema aproape zilnic să o consulte, aducîndu-le de fiecare dată la cunoștință, foarte alarmată, că suferă de o nouă și gravă maladie... ● Lui **Bernard Le Bouvier de Fontanelle** (1657-1757), om de cultură și știință, membru al celebrității Academiei franceze, suferind tot timpul de numeroase și serioase afecțiuni, i se prevedea un grabnic și inexorabil sfîrșit. Dezicind aceste sumbre prognoști, Fontanelle s-a afirmat ca o autentică personalitate a „secolului luminilor”, fiind, totodată, un mare conviv, ce a încîntat cu spiritul său saloanele literare ale vremii, omniprezent la recepțiile și banchetele înaltei societăți pariziene. A murit la impresiunea vîrstă de 100 de ani, după ce, cu cîteva zile înainte, participase la un festin... ● După opinia lui **André Gide**, **Jean Jacques Rousseau** (1712-1778) face parte din „marile bolnavi ai culturii moderne”, așezîndu-l alături de Dostoievski, Flaubert și Nietzsche. Întreaga-i viață, Rousseau a fost un bolnav complexat, datorită malformației vezicii și căilor urinare, care l-au chinuit foarte mult. Permanentă necesitate de a „ieși afară” l-a ținut departe de societatea oamenilor de spirit și a femeilor galante, alimentîndu-i crize de isterie, erotomanie, delir și, cu vîrsta, serioase dereglări cardio-vasculare. Tot din această cauză, după publicarea operelor „*Emil*” și „*Contractul social*”, a dat persecuțiilor ce au urmat o pondere excesivă. Ani de zile s-a mai temut fără temei că o sondă ruptă în uretră în timpul unei consultații, ar fi format baza unei pietre... Deși specializii au încercat să-l liniștească, diagnosticîndu-i boală „incurabilă, fără a fi mortală”, Rousseau a trăit din tinerețe cu obsesia că nu va mai apuca ziua de mîine. Avînd o asemenea psihoză și frecventînd numeroși doctori, Rousseau este, poate, singurul scriitor din lume care a fost tratat îndelung, în afara maladiilor reale, și de exact, 20 de boli imaginare! A murit în urma... unui atac de apoplexie. Revoluția franceză, recunoscîndu-i meritele literare și sociale, rămășițele-i pămîntești i-au fost aduse la Paris și așezate în Pantheon. Aici, ca o ironie a destinului, cel cu psihoză persecuției se odihnește alături de Voltaire - marele său rival și dușman - care la 1765 ceruse pentru Rousseau...

pedeapsa capitală. ● Poetul romantic german **Friedrich Hölderlin** (1770-1843) a manifestat din tinerețe un grav dezechilibru psihic, refuzînd orice consult și tratament medical. Starea sănătății a determinat internarea lui, în cîteva rînduri, în clinici de psihiatrie. Desele sale momente de demență furioasă alternau cu crize reci de pasivitate, cînd, stranie curiozitate, îi plăcea să fie considerat și numit Michel Angelo Buonarrotti! În 1807 a fost din nou internat la clinica din Tübingen. Aici, după un consiliu medical, i s-au dat cel mult trei ani de viață. După 231 de zile, timpularul Ernst Zimmer - un mare admirator al poeziei lui - a cerut medicilor permisiunea de a-l lua și îngriji în locuința sa, într-un turn din Tübingen. Familia timpularului l-a adoptat ca pe o rudă apropiată, îngrijindu-l cu mare afecțiune, în vreme ce mama lui, rușinată de boala feciorului, a refuzat să-l viziteze vreodată... Observînd că-i place muzica, Zimmer și fiica lui Lotte i-au cumpărat un pian la care Hölderlin, cînta atît în momente de luciditate, cit și în timpul crizelor. A supraviețuit în casa timpularului Zimmer încă 35 de ani. Este unicul poet căruia admiratorii, înainte de a-l înhuma, i-au așezat pe frunte o cunună de lauri. ● În 1893 - la numai 35 de ani - **Barbu Delavrancea** se îmbolnăvește grav, iar medicii bucureșteni, neputincioși, îl trimit pentru a fi consultat de somități medicale pariziene. Este primit de neurologul Joseph Babinski - șeful spitalului din Paris - care diagnosticîndu-i o „gravă oboseală nervoasă”, îl trimite la sanatoriul doctorului Glatz, de lângă Geneva. Aici i se interzice orice formă de activitate intelectuală și, neacomodîndu-se cu tratamentul, după numai o lună se inapoiază nerefăcut în țară. Boala revine și, în iulie 1895, după un nou consult parizian, pleacă în stațiunea elvețiană Laeche-les-Bains. Dar nu trece o lună și, contrar sfaturilor medicilor, părăsește stațiunea. După ce a suferit și de friguri, inima începe să cedeze și, la 19 aprilie 1918, aflat în refugiu la Iași, suferă un puternic atac de angină pectorală și uremie, care avea să însemne începutul sfîrșitului. La 28 aprilie se plînge familiei că simte „o umbră înfricoșătoare, slabă, care se apleacă peste mine ca să-mi înăbușe inima” și o roagă pe Cella - fiica cea mare - ca să o îndepărteze... A mai trăit pînă în următoarea noapte, la orele 2.30. Primii care au sosit să se incline în fața marelui dispărut au fost Al. Vlahuță și N. Iorga. Scriitor clasic, jurist eminent, ministru în două rînduri și primar al Capitalei, lui Barbu Delavrancea i s-au organizat, la Iași, funeralii naționale, fiind condus pe ultimul drum de oficialitățile vremii și de membrii corpului diplomatic. Pe carul mortuar, alături de tricolorul românesc - la cererea ambasadorului francez Robert de Flers - a fluturat, ca un ultim omagiu, și drapelul îndoliat al Franței aliate.

Aurel CODREANU



CIUPERCILE UN ALIMENT COMPLET

Ciupercile sînt folosite în hrana omului din timpurile cele mai vechi. Primele date despre cele comestibile și cele veninoase aparțin lui Dioscoride, naturalist și medic, întemeietorul farmacognoziei (secolul I e.n.), care a însoțit legiunile romane în Dacia.

Ciupercile, ca și celelalte legume, conțin apă, săruri minerale, substanțe proteice, vitamine; în cantitate mai mică, hidrați de carbon și foarte puține grăsimi, pentru care cauză sînt considerate și aliment dietetic. Prin consistență și compoziție chimică, ciupercile conțin glicogen, respectiv amidon fungic, fiind, deci, asemănătoare cu carnea animală.

Cantitatea de apă (în funcție de specia de ciuperci) este în general cuprinsă între 84—92 la sută, proporția de apă în carnea de vită fiind de 60—80 la sută, iar în peștele proaspăt de 75—80 la sută; substanțele minerale se găsesc în proporție de 5 la 15 la sută, din acestea jumătate fiind săruri și acid fosforic. Dintre componenții minerali prezenți în ciuperci se menționează: sodiul, calciul, potasiul, fierul, cuprul și fosforul.

Ciupercile, comparativ cu celelalte legume, conțin cantități sporite de fosfor (în carpofoarii ciupercilor de cultură sînt între 1,76 și 2,83 la sută), spre deosebire de potasiu, la care limitele sînt între 4,65 și 6,90 la sută, mai mici la ciupercile din soiul *Agaricus biosporus*, de culoare albă, și mai ridicat la ciupercile *Agaricus biosporus* de culoare brună.

Hidrații de carbon sînt prezenți în peretele celular al hifelor miceliene, sub formă de fungo-chitină, cu rol în stimularea funcțiilor digestive. Dar ei se mai găsesc în procent de 30 la sută și în conținutul celular al hifelor sub formă de manită, trehaloză, glucoză și glicogen, conținut denumit și amidon fungic, foarte asemănător cu glicogenul de origine animală, de unde ciupercile au luat denumirea și de „carne vegetală”.

Conținutul în proteină brută la ciupercile de cultură *Agaricus biosporus*, de culoare albă, este în medie de 33,8 la sută, spre deosebire de ciupercile de culoare brună, la care valorile medii sînt ceva mai ridicat (36,6 la sută). Proteina ciupercilor este de calitate superioară prin faptul că în structura ei se cuprind 21 aminoacizi, iar dintre acizii aminici liberi sînt prezenți cei 10 aminoacizi esențiali dezvoltării omului, avînd pondere lizina și leucina.

Vitaminele sînt reprezentate prin: tiamină (N), acid ascorbic (C), riboflavină (B₂), piridoxină (B₆), acid nicotinic (PP), acid pantotenic. Caracteristic este faptul că ciupercile sînt singurele vegetale care conțin vitamina D, specifică pentru carne și untura de pește.

Enzimele din ciuperci, în special tripsina, au un rol important în digestia alimentației omului.

Conținutul în proteină brută și în substanțe minerale la cîteva specii de ciuperci spontane îl pre-

zentăm în tabelul de mai jos, calculat la 100 g substanță uscată.

Specia de ciuperci	Denumirea populară	Proteină brută	Substanță minerală
1	2	3	4
<i>Boletus edulis</i>	Mînatărcă	54,8	8,1
<i>Russula viridescens</i>	Hulubișă	26,8	8,4
<i>Cantharellus cibarius</i>	Gălbioară	20,1	11,6
<i>Russula cyanoxantha</i>	Pînișoară	23,2	7,3
<i>Armillaria mellea</i>	Ghebe	19,3	12,5
<i>Pleurotus ostreatus</i>	Păstrăv	12,5	6,0

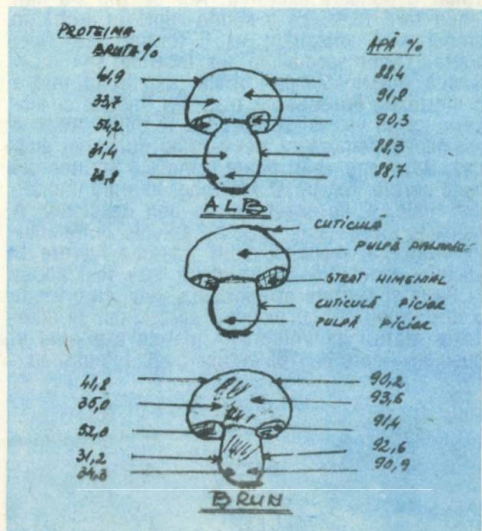
Pe măsură ce ciupercile îmbătrînesc prin deshidratare, se deschide pălăria și se diseminează sporii iar substanțele nutritive scad.

Cercetîndu-se conținutul în apă și în proteina brută din diferitele părți ale carpofoului de *Agaricus biosporus* s-a constatat că este diferit (vezi figura). Se relevă un conținut sporit în proteina atît în cuticula pălăriei, cit și în stratul himenial; pentru aceasta porțiunile amintite nu trebuie scutite înălțurate la pregătirea culinară, cum încorect se mai procedează.

Ciupercile conțin, de asemenea, cantități apreciabile de acizi organici, dintre care un conținut mai ridicat au acidul fumaric, acidul succinic, acidul malic, iar mai puțin evident acidul citric.

Calitatea ciupercilor de a fi aliment complex, cu o valoare calorică de 30 calorii pentru 100 g, a reieșit și din faptul că unii cercetători s-au hrănit timp îndelungat numai cu ciuperci fără ca organismul lor să sufere.

Nicolae MATEESCU
doctor în biologie



UN MILION

DE

VICTIME

LEAC PENTRU MIGRENA

În luna decembrie a anului 1492 Columb, după traversarea Oceanului Atlantic, pășea pe un pământ necunoscut, deschizând drumul spre „Lumea Nouă”. Printre cele văzute de el a fost și un obicei ce părea ciudat: cițiva indigeni fumind frunze de tutun răsucite. Acesta a fost primul contact al europenilor cu o plantă ce avea să se răspândească cu luțea în întreaga lume. Purtînd un nume după unii de origine caraibiană, după alții braziliană, tutunul a fost la început o simplă curiozitate a grădinilor botanice. Curînd, însă, i s-au atribuit virtuți medicinale.

În 1530 se naște la Nîmes, în Franța, Jean Nicot, senior de Villemain, cel care avea să joace un rol deosebit în cunoașterea și răspîndirea tutunului. Între 1559 și 1561 el era ambasador la Lisabona, în Portugalia. Acolo a aflat despre planta adusă din Lumea Nouă, numită *petun* și prizată de către portughezi. Spaniolii o fumau și îi spuneau *tobaco*. Jean Nicot a privit această plantă din punct de vedere medical, terapeutic și a trimis în Franța semințe, însoțite de instrucțiuni privind cultura și prepararea tutunului. De altfel, în 1560 îi trimitea Caterinei de Medicis un „leac portughez”, praf de tutun, contra migrenei. Contemporanii săi o numeau *iarba reginei* sau *médicée* și *iarba prea creștinului*, ca un omagiu adus Caterinei de Medicis și Prea Creștinului. Jean Nicot, însă, a botezat-o după numele său și i-a zis *Nicotiana*, nume păstrat în botanică. O considera ca un remediu miraculos, iarba minunată care vindecă toate plăgile, ulcerale, șancrul și multe alte boli. Jean Nicot a fost și autor al unora dintre vechile dicționare franceze, cel mai renumit fiind „*Thrésor de la langue française*”. Dacă ar fi știut, dacă ar fi putut să prevadă drumul ulterior al tutunului, raul pe care acesta îl va face omenirii, probabil ca s-ar fi dedicat numai studiilor filologice.

În același timp, André Thevet, alt personaj care a introdus planta în Franța, asigura compatrioții că indigenii

din Brazilia o folosesc pentru a scăpa de „umorile netrebuincioase din creier”, iar parizianul Jacques Gohory îi atribuia virtuțile unui leac universal.

Planta, cultivată în Spania din 1558, s-a răspîndit repede în Franța, în Anglia, în Italia, în Balcani, în Rusia. În 1575 ea se găsea deja în Filipine, sosită cu „Galionul de Manila”. Au urmat Japonia, Macao, Java, India, Ceylon. Această răspîndire este după cum apreciază Fernand Brandel în *Structurile cotidianului*, cu atît mai remarcabilă cu cît tutunul nu avea nici o piață producătoare, adică o civilizație, ca piperul la îndepărtatele sale începuturi (India), ca ceaiul (China), cafeaua (Islamul), ca ciocolata chiar, care în Noua Spanie a avut sprijinul unei „culturi” de înaltă calitate. Deci tutunului a trebuit să i se asigure producția, înainte de a profita de binefacerile ei. Dar, avantaj unic, el posedă o mare suplețe de adaptare la climă și solurile cele mai deosebite și un petec de pămînt ajunge pentru a asigura o recoltă profitabilă.

Dintre cele trei feluri de a folosi tutunul (prizat, fumat, mestecat), primele două au fost cele mai importante. Doamnele ilustre din acea vreme prizeau la fel ca și marii seniori. „Carieră” a făcut însă tutunul fumat, multă vreme, cu pipă; mai tîrziu s-au făcut țigări de foi „havană” — frunze răsucite „de lungimea unei luminări”, fumate de indigenii din America hispanică. Ele au fost apoi imitate în Spania, unde Savary semnalează acele frunze de tutun cubanez „care se fumează fără pipă, scindundu-le în formă de cornet”. Țigările apar fără îndoială în Lumea Nouă, fiindcă un memoriu francez din 1708 semnalează „cantitatea infinită de hîrtie” importată din Europa pentru „micile suluri în care învelesc ei tutunul tocat, ca să-l fumeze”.

Țigara se raspîndește, începînd din Spania, în timpul războaielor napoleoniene: atunci apare obiceiul de a rula tutunul într-o bucată de hîrtie de format mic, un *papeli-to*. Apoi *papeli-to* ajunge în Franța, unde cîștigă adeziunea tinerilor. Între timp, hîrtia se subțiază și țigara devine de uz curent în epoca romanticilor. George Sand, vorbind despre doctorul care l-a îngrijit pe Alfred de Musset la Veneția, spunea: „Toate pipele sale nu fac cît o țigară de-a mea”.

După cum aminteam, tutunul și-a început drumul în Europa ca „medicament”. Dar a trecut și prin stadiul de „aliment”. Astfel, Louis Lemery, „doctor regent la Facultatea de Medicină din Paris a Academiei Regale de Științe”, nu ezită să vorbească despre tutun, în al său *Traité des aliments*, în 1702 ca „aliment”, indiferent dacă planta, precizează el, este luată „pe nas, sau ca fum sau în mestecătură”.

DE LA „CAPORAL” LA „MARYLAND”, TOATE SÎNT OTRĂVITOARE

Așa cum există degustători pentru vinuri sau persoane cu mirosul fin ce stabilesc calitatea parfumurilor, sînt și degustători de țigărete a căror profesie constă în stabilirea, cu atîtă precizie cîtă e posibilă, gustului unui amestec de tutunuri pentru a se putea păstra constante caracteristicile unei mărci de țigări. Potrivit limbajului acestor degustători, senzațiile se disting prin savoare (percepută cu limba și poate fi dulce, sărură, amară, acidă), aromă (stabilită cu nasul și, într-o măsură mai mică, prin faringe și trahee și care e fină, distinctă etc.), acțiuni chimice care sînt agresive pentru mucoasele gustativă și olfactivă (acreață cînd irită gîtul, picant cînd se manifestă în gură sau în nas, astringentă ca atunci cînd muști dintr-un fruct necopt, arzătoare etc.). Francezii, de exemplu, au stabilit patru mari categorii de gust: cel francez (numit și Caporal), american, englez și Maryland. Acestea diferă datorită sorturilor de tutun (blond sau brun), zonei geografice de unde provin, precum și diferențelor de prelucrare sau substanțelor ce se adaugă. Fără a intra în amănunte de prelucrare, menționăm că se adaugă, proporțiile diferind de la o marcă la alta, sirop de zahăr, glicerină, cacao, lemn dulce, cumarină, rom, esență de fructe, balsam de Peru sau, citeodată, mentol, care va da impresia de răcoare și prospețime la fumat. Vă propunem o experiență: luați cîteva frunze de tutun, puneți peste ele zahăr, puțină mentă, esență (de care vreți, de rom, de vanilie) și eventual alte ingrediente pe care le aveți în casă. Amestecați bine și dați foc amestecului. Fumul care se va degaja va fi asemănător ca „aromă”, „gust” etc. cu cel al țigărilor pe care fumătorii le savurează zilnic. Ca să fie identic, ar mai trebui să adăugați cîteva bucăți de hirtie. Nu ori ce fel. Ci una specială care are în compoziție fibre combustibile, cîneșă și în care e impregnată cu carbonat de var și bioxid de titan. Dacă experiența nu v-a reușit în totalitate și există ceva diferențe, este pentru că și la tutun, ca și la viața de vie, există ani buni, ani răi, ploioși, secetoși.

Dar indiferent de gust, blonde sau brune, țigările au o mulțime de substanțe dintre cele mai toxice. În 1970 se cunoșteau peste 1 200 de compuși chimici prezenți în

tutun (Science et vie, iulie 1970). În următorii 16 ani, oamenii de știință stabiliseră — datorită perfecționării metodelor de cercetare, care lungeau zilnic lista chimicelor — prezența a peste 4 000 de substanțe (Santé du monde, iunie 1986).

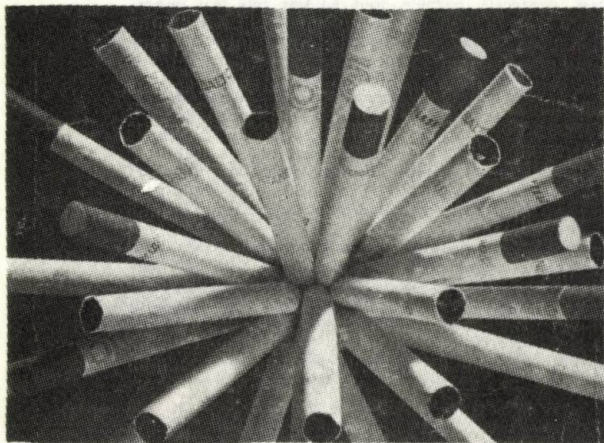
lata cîteva dintre ele:

- **Nicotina** nu este decît unul din cîteva sute de alca-loizi identificați în tutun, dar cel mai important. Acțiunea ei este considerată ca antagonistă celei a vitaminei C.
- **Gudroanele**, care se pot descompune în hidrocarburi parafinice, în carburi nesaturate cu compuși terpenici, în compuși aromatici cu mai mulți nuclei. Aceste hidrocarburi au, aproape toate, (în mod deosebit benzopirenul), o acțiune cancerigenă recunoscută.
- **Aldehidele**, dintre care amintim furfurelul (care este alchilogen) și colidina (în doză mare are acțiune mortală).
- **Steroidii**, care prin degradare, datorită căldurii, se transformă în produși cancerigeni.
- **Alcooli, chinone, acizi** (printre care cel prusic), **fenoli, glucide, aminoacizi și proteine**.
- Cîteva sute de **esteri**, cum ar fi cei cinamici destinați relevării aromei.
- **Compuși minerali: cloruri și ioduri**.
- **Neînumărate metale**. Menționăm cadmiul (1—5 mg într-o țigară) ce poate fi cauza emfizemului pulmonar în caz de intoxicație.
- **Substanțe radioactive** (potasiu 30, stronțiu 90), variabile după originea geografică a tutunului.
- **Oxidul de carbon** produs prin fumarea a 20 de țigări poate transforma 5—10 la sută din hemoglobina din sînge în carboxihemoglobină.

În legătură cu efectul țigărilor asupra organismului, cu toxicitatea substanțelor conținute în tutun, am cerut părerea unor specialiști.

Conf. univ. dr. Marțian COTRĂU, toxicolog, de la catedra de toxicologie a I.M.F. Iași:

Nicotina, constituenț toxic principal al tutunului, izolată în 1828, se găsește în concentrație de 2-4 la sută, excepțional pînă la 10-20 la sută. Este un alcaloid beta-piridinic, extrem de toxic, cu acțiune rapidă. Se prezintă ca un lichid uleios, slab gălbui (se brunifică la aer prin oxidare), cu miros de tutun și gust arzător. Este o bază puternică, antrenabilă cu vapori de apă, solubilă în apă, grasimi și majoritatea solvenților organici. Nicotina pătrunde în organism prin inhalare, ingerare și contact cutanat. După trecerea în circulație, se distribuie în toate organele și țesuturile. Prin biotransformare trece în mai mulți metaboliți, majoritatea netoxici. Eliminarea se face renal, pulmonar, salivar și prin laptele matern. Intoxicația acută survine accidental (cu soluții insecticide ce conțin nicotină sau prin fumat excesiv și fără pauză), profesional (la tratarea tutunului, extragerea nicotinei, manipularea insecticidelor) și intențional (crime, sinucideri). Intoxicația cronică (tabagismul) se produce prin abuz de fumat. Doza minimă letală la om este de 40-60 mg nicotină (tutunul din 2-3 țigărete), cu mari diferențe individuale: chiar 4 mg nicotină pot determina simptome alarmante, dar au existat cazuri de supraviețuire după ingerarea a 2 g nicotină conținute într-o soluție de insecticid. Prin fumarea unei țigărete pătrund în organism 3-4 mg nicotină, deci în 10-20 țigărete este cuprinsă doza mortală. Intoxicația acută este evitată numai prin faptul că fumatul țigărilor se face la anumite intervale de timp; se citează însă cazuri mortale prin fumarea fără întrerupere a 40-60 de țigărete, în urma unui pariu. La acțiunea nocivă a nicotinei din fumul de țigară sînt expuși și nefumătorii — adulți și copii — căci numai o treime din țigară se fumează, iar două treimi ard liber, poluind aerul. Prezența concentrațiilor de 1-10 micrograme nicotină/m³ aer în locurile publice și a concentrațiilor medii de 10 micrograme nicotină/litru urină la nefumători, trebuie să constituie un semnal de alarmă pentru protejarea așa-numiților „fumători pasivi”.



Prof. univ. dr. docent Roman VLAICU, șeful clinicii medicale I a I.M.F. Cluj, cardiolog:

Nicotina afectează, în principal, sistemul nervos și, în principiu, este responsabilă de dependența observată la unele persoane. Efectele nicotinei sînt complexe și includ stimularea sau sedarea sistemului nervos - depinzînd de doză și de tonusul fiziologic și psihologic al fumătorului. Indirect, nicotina influențează circulația singelui provocînd eliberarea de catecolamine care produc, tahicardie, creșterea activității cardiace, vasoconstricție și creșterea presiunii arteriale; de asemenea, nicotina crește nivelul seric al acizilor grași liberi, crește adezivitatea plachetară și inhibă secreția de bicarbonat a pancreasului.

Componentele toxice ale fumatului de țigarete includ: monoxidul de carbon (CO), hidrogenul sulfurat, acidul hidrocianic și oxizii de nitrogen. La fumătorii a 20 țigarete pe zi nivelul carboxihemoglobinei este de aproximativ 5 la sută, față de 1 la sută la nefumătorii. Prin aceasta se reduce cantitatea hemoglobinei aptă să transporte și să elibereze oxigen la nivelul țesuturilor. De asemenea, expunerea la CO favorizează formarea aterosclerozei.

Riscul aterosclerotic al fumatului este independent de alți factori de risc dar se asociază deseori cu hipertensiune arterială, diabet zaharat, supragreutate, stări de încordare - nemulțumire nervoasă, sedentarism, vîrstă etc.) sporind de 3-5 ori riscul aterosclerotic. Fumatul accelerează procesul aterosclerotic și prin faptul că scade nivelul HDL-colesterolului (antiaterogen și, mai ales, datorită catecolaminelor și a acizilor grași liberi crescuți în ser, precipită apariția tulburărilor de ritm severe și favorizează moartea subită.

Fumatul poate spori de 2-3 ori apariția anginei pectorale și a infarctului miocardic, poate determina o evoluție cu complicații a cardiopatiei ischemice și poate împiedica reabilitarea acestor bolnavi.

Fumatul reprezintă unul din principalii factori de risc pentru apariția, evoluția spre agravare (soldată deseori cu complicații) a ischemiei arteriale periferice prin ateroscleroză a arterelor membrelor inferioare. Rulul fumatului ca factor de întreținere și agravare a bolii este atît de evident și abandonarea fumatului este atît de necesară pentru împiedicarea evoluției bolii spre amputație, încît s-a lansat formula: „Alegeți: Fumatul sau picioarele!”

Prof. univ. dr. Constantin ANASTASATU, membru corespondent al Academiei, ftiziolog:

Unul dintre cele mai grave riscuri pe care le implică fumatul îndelungat este riscul de a face un cancer bronhopulmonar, adică cu localizare pe bronhii sau în plămîn. El ar fi suficient - chiar în absența oricărui altor riscuri - pentru a determina pe toți fumătorii să se lepede cît mai repede de acest obicei contrar naturii și sănătății omului. Dacă acest lucru nu se întîmplă - sau nu s-a întîmplat încă - este pentru că fumătorii, atunci cînd ar putea să se lase sau să nu se apuce de fumat, nu sînt conștienți de riscul de care discutăm, iar cînd devin conștienți, este de obicei prea tîrziu. Riscul crescut de cancer pulmonar este astăzi științific demonstrat și fără posibilitatea de a mai fi pus la îndoială.

Substanțe deosebit de cancerigene sînt gudroanele din care derivă hidrocarburile aromatice policiclice ca benzopirenul. Aceste hidrocarburi iau naștere printr-un proces de ardere al substanțelor organice din tutun. Rolul cancerigen al lor a fost demonstrat și prin experiențe pe animale. Prin introducerea în traheea iepurilor a acestor hidrocarburi, s-a produs cancerul bronhopulmonar asemănător cu cel apărut la fumători. De remarcat faptul că, în prezent, fumul de tutun este mai bogat în substanțe cancerigene decît în trecut, datorită unor modificări în prelucrarea și fabricarea țigaretelor. Societatea americană de combaterea cancerului semnala prezența în fumul de țigară a peste 500 de substanțe cu putere cancerigenă.

O întrebare pe care o pun de obicei fumătorii care nu cred în riscul crescut de cancer pulmonar la care se expun este aceea că dacă riscul este real, de ce nu fac toți fumătorii cancer pulmonar? Nu îl fac și pentru motivul că nu toți fumează cu aceeași intensitate. Dar, în afară de aceasta, în determinarea cancerului pulmonar, intervin, foarte probabil, și unii factori genetici (ereditari) legați de un anumit sistem

enzimatic AHH (aryl hidrocarbon hidroxilaza), care ar avea rolul de a activa substanțele cancerigene din fumul de tutun înspre inducerea cancerului pulmonar. Acest sistem enzimatic nu se găsește la toți, ci numai la o parte din indivizi și deci nici la toți fumătorii.

NICOTINA PE BANCA ACUZAȚILOR, DAR ȘI PE TERENURILE DE FOTBAL

De la Asociația națională suedeză pentru tutun și sănătate din Stockholm aflăm că printr-o sentință dată de Curtea de apel în materie de asigurări a fost confirmată acordarea de despăgubiri familiei unei femei decedate în 1982 de cancer pulmonar, considerîndu-se că a murit din cauza unui tabagism pasiv, apreciat ca „boală de muncă”. Victima, care nu a fumat niciodată, dar care a lucrat între 1962 și 1981 în aceeași încăpere cu un grup de colege, cele mai multe fumătoare, fusese examinată în 1981, cînd i s-a pus diagnosticul de tumoră pulmonară. Potrivit legislației muncii din Suedia, boala unei persoane care a fost expusă la locul său de muncă la agenți cunoscuți că pot provoca o maladie este considerată „boală de muncă”. La proces patru medici experți au depus mărturie că tabagismul pasiv poate îmbolnăvi. Ei au admis că acest criteriu este îndeplinit și că nu există probe pentru a respinge acțiunea.

În Manpower Argus este publicată știrea că întreprinderea chimică Yudogawa Kasei oferă o primă lunară de 2 000 de yeni (circa 10 dolari) salariaților care nu fumează. Cel ce renunță la fumat timp de 6 luni are dreptul la o primă de 50 000 de yeni (aproximativ 250 de dolari). Datorită acestor recompense, în doi ani de zile, peste 80 de chimiști s-au lăsat de fumat.

Potrivit publicației News from Iceland, o nouă lege islandeză stabilește tipărirea de avertismente pe pachetele de țigări și interzicerea totală a fumatului în locurile publice.

La Congresul mondial pentru tratamentul farmacologic al dependenței tabagice, care a avut loc în noiembrie 1985 la New York, s-a comunicat că în Australia, la Spitalul St. Vincent din Sydney, a luat ființă cea mai mare clinică pentru fumători din lume. Renée Bitoun, directoarea clinicii, a relatat că tratamentul se bazează pe condiționarea unei aversiuni împotriva fumatului și pe susținerea psihologică, completate prin folosirea de chewing-gum.

În școlile din Goa, mai ales în cele din zonele rurale, se transmit informații privind efectele dăunătoare ale tabagismului, atît pentru elevi cît și pentru părinți.

Dr. Helmy Abdel Razak Elhadidy, ministrul sănătății din R.A. Egipt, a declarat într-un interviu acordat la Geneva revistei Alert au Tabac, publicație a Diviziei de informare a publicului și de educație pentru sănătate din cadrul Organizației Mondiale a Sănătății, că toate mijloacele disponibile, de la radio și televiziune pînă la muzeele din moschei, vor fi puse în serviciul programului de educație sanitară elaborat de guvernul egiptean la ordinul președintelui Mubarak, ale cărui obiective cuprind și combaterea fumatului, cei vizați fiind în primul rînd tinerii.

Pe pachetele de țigări ce se vînd în S.U.A., ca și pe reclamele lor, sînt tipărite astfel de anunțuri: „Aceste țigarete Rothmans (Marlboro, Kent etc. — nota noastră) vă pot ucide prin cancer și alte maladii”; „Avertismentul șefului Serviciului de sănătate publică: Fumatul provoacă boli de inimă, cancer pulmonar, emfizem și poate produce complicații femeilor însărcinate”; „Lășind fumatul, redu-

ceți în mod considerabil riscurile privind sănătatea dv.". De altfel, dr. C. Evert Koop, șeful serviciului amintit, declara recent, cu optimism, că în Statele Unite nu se va mai fuma în anul 2.000 și că industria de țigări își va transforma treptat profilul și va fabrica produse alimentare și băuturi racoritoare.

Avertismente asemănătoare sînt și pe pachetele de țigări din Uniunea Sovietică: „Ministerul Sănătății al U.R.S.S. vă avertizează că acest produs este dăunător pentru sănătatea dv.".

Lupta împotriva tabagismului în țara noastră este prea bine-cunoscută cititorilor noștri, începînd cu campaniile de presă care au arătat în repetate rînduri urmările nefaste ale fumatului asupra sănătății și terminînd cu măsurile luate pentru limitarea acestuia obicei. Astfel, revista Sănătatea a prezentat, numai în 1982, lună de lună, într-o serie de articole, efectele dăunătoare ale tabagismului. De asemenea, a mijlocit, în repetate rînduri, de-a lungul anilor, întîlniri ale profesorilor universitari, ale specialiștilor, ale medicilor fiziologi, cardiologi, oncologi, obstetricieni ș.a. cu cititorii publicației noastre, cu oamenii muncii din diferite întreprinderi din țară, adevărate collovii despre sănătate. Mai amintim conferința de presă ținută în 1986 de ministrul sănătății în legătură cu combaterea tabagismului, de campaniile susținute de cotidienele Știința, România Liberă sau de periodicele Contemporanul, Știința și tehnică, Muncitorul sanitar etc.

Mai semnalăm expoziția itinerantă Alcoolul și tutunul dușmanii sănătății dumneavoastră, organizată de revista „Sănătatea”, al cărei vernisaj a avut loc în luna iunie 1987 la Sala Dalles, vernisaj însoțit și de un colloviu la care au fost invitați numeroși tineri și tinere din capitală.

Totodată, măsurile luate de a nu se fuma în unele locuri, rezervarea în trenuri de locuri pentru nefumători — asigurîndu-se protecția acestora —, interzicerea fumatului în unități sanitare, sălile de spectacole și holurile acestora, în școli, în unele instituții reprezintă doar o mică parte din grija pentru sănătatea tuturor cetățenilor patriei noastre.

Ținînd seama de aceste eforturi depuse atît la noi în țară, cît și pe alte meridiane, cu atît mai de neînțeles și de condamnat sînt unele fapte. După cum știm, sportul este incompatibil cu drogarea nicotinică. Cu toate acestea, la Campionatul mondial de fotbal din Mexic, din vara anului 1986, reclamele de țigări au fost la loc de cinste. Peste un miliard de telespectatori — cifra estimată de specialiști —, care au urmărit în direct meciurile, cită dublată cu prilejul retransmiterii unor meciuri ale celui mai popular și îndrăgit sport, au „înghițit”, pe lîngă spectacolele fotbalistice, de citeva sute de ori într-un meci, cele patru panouri publicitare pentru țigările Camel, care erau pe fiecare stadion.

Mai recent, la Budapesta, la Campionatul mondial de automobilism de formula 1, reclame de țigări se vedeau atît pe pistă, cît și pe unii dintre bolizii care au intrat în cursă. La fiecare tur de pistă, și au fost 80, un mareț Marlboro umplea ecranele. O agenție de presă străină susținea că fără aceste reclame de țigări nu se poate. La urma urmei, se spunea, e chiar de „bon ton” să afișezi o marcă americană de țigări. Știm că din aceste reclame se cîștigă bani mulți. Dar acești bani sînt oare mai importanți decît sănătatea celor îndemnați pe aceste cai spre un tabagism ce, cu timpul, le ruinează organismul? Afaceri, afaceri, dar, ne întrebăm, nici macar în sport nu poate fi stopată publicitatea făcută țigarilor?

CÎT COSTĂ TUTUNUL

Fostul președinte al Statelor Unite, Jimmy Carter, are remușcări. Într-o scrisoare adresată publicației *Journal Of the American Medical Association* se angaja sa „compenseze erorile trecutului” cînd a favorizat industria tutunului, lansîndu-se acum într-o campanie împotriva tabagismului.

„Pe măsură ce dovezile științifice au devenit mai evidente — adăuga el în scrisoare — am fost din ce în ce mai preocupat de apărarea tinerilor de dependența tabagică. Educatori, medici, pacienți, toți avem această obligație. Să ne reamintim de erorile trecutului, stringînd rîndurile pentru ca eforturile noastre viitoare să fie energice, eficiente și salvatoare de vieți”.

Declarații frumoase, intenții bune. Dar chiar sa nu fi știut, pe vremea cînd a fost președinte, cît de dăunător este fumatul? Acum se știe. În orice caz, ceva mai mult decît, să zicem, pe timpul cînd Jimmy Carter comitea „erori”. Ce se întreprinde? Aflăm de la William U. Chandler, care publică următoarele rînduri în numărul din mai-iunie 1986 al revistei *The Futurist*: „Deși consecințele tabagismului pentru sănătate sînt acum bine cunoscute, măsurile pentru a le para sînt lamentabil de inadecvate. Nici un efort național de luptă contra tutunului nu a fost desfășurat cu vigoarea campaniilor contra drogurilor sau a produselor chimice toxice, chiar dacă drogurile dure și aceste chimicale fac mult mai puține victime decît tutunul. Tutunul este un drog periculos care trebuie înlăturat în mod categoric, dar guvernele favorizează și subvenționează industria tutunului. Astfel, Departamentul agriculturii din S.U.A. aplică un sistem de încurajare bănească pentru a proteja producătorii de tutun. În același timp, țările vest-europene subvenționează, la rîndul lor, fermierii care cultivă tutun cu aproape 660 de milioane de dolari în fiecare an. Ironic, sistemul protejează micii și ineficienții fermieri, care, astfel, acumulează mari beneficii”.

Cît îi costă pe oameni această politică de încurajare și subvenționare a producătorilor de țigări? Citim în revista *Lancet* din 7 decembrie 1985: În Anglia și în Țara Galilor industria tutunului folosește direct aproape 30.000 de persoane. Luîndu-și „revanșa”, această plantă face 77.774 de victime și trimite 108.216 persoane la spital în fiecare an. Astfel, pentru un salariat în industria tutunului, alte două persoane mor și trei sînt internate în spital. Se estimează că tratamentul cardiopatiilor, cancerului de plămîni, bronșitelor și emfizemelor costă mai mult de 11 milioane de lire sterline. În fiecare an 4.009 paturi sînt ocupate de bolnavi atinși de aceste afecțiuni datorate tutunului, totalizînd 1.634.400 de zile de spitalizare.

REUȘITA ÎN VIAȚĂ NU DEPINDE DE ȚIGĂRI

Prima Reuniune internațională privind tutunul și tinerii a fost organizată în noiembrie 1981 la Veneția de Liga italiană contra cancerului, cu sprijinul Organizației Mondiale a Sănătății, Societații și Federației internaționale de cardiologie, Uniunii internaționale contra cancerului, Uniunii internaționale de educație pentru sănătate și Uniunii internaționale contra tuberculozei.

În afara raportului O.M.S., erau prezentate studii și programe naționale pentru combaterea fumatului la tineri. *Chronique O.M.S.* prezenta în nr. 2 din 1982, citeva dintre problemele aflate la ordinea de zi, precum și experiențele și constatările unor state participante la reuniune. Iată citeva dintre ele:

● **Franța:** Un studiu făcut în regiunea Bordeaux a pus în evidență importanța corelației inverse între fumat și sport. Cei mai mulți atleți ce se consacră unui sport nu fumează. Cei ce fumează nu practică sportul decît ocazional. Printre atleții de clasă internațională 75 la sută nu fumează de loc, iar proporția de nefumători printre cei ce participă la jocurile olimpice este de 100 la sută.

● **Marea Britanie:** Un studiu arată că în școlile profesionale de fete, în special în cele pentru infirmiere și coafeze, se întîlnește cel mai mare număr de fumătoare.

● **Olanda:** Decepție în privința corpului medical: 65 la sută din medicii generaliști fumau, deși erau conștienți de pericol. Un sfert dintre ei fumau în fața bolnavilor

● **Elveția:** Un studiu întreprins printre recruși a pus în evidență efectele fumatului asupra pulsului și a vitezei la alergare. De asemenea, s-a stabilit că la tineri efectele nocive ale fumatului se fac cunoscute imediat: respirație proastă, mirosuri neplăcute, un aport insuficient de oxigen pentru activitățile sportive. În afara aspectelor legate de sănătate se adaugă și micșorarea bugetului, datorită costului țigarilor.

● **Austria:** Departamentul federal al sănătății și protecției mediului a lansat o vastă campanie de informare a publicului începând cu un afiș cu sloganul *Ohne Rauch geht's auch* (Veți reuși și fără să fumați). Campania a avut un larg ecou, după cum se apreciază la peste 95 la sută din populație. Dar succes deplin a avut în rândul medicilor: 86 la sută dintre ei au plasat afișul în cabinetele lor. Ca urmare, folosirea tutunului a scăzut.

La această reuniune au fost lansate câteva propuneri, câteva soluții, privind educarea tinerilor:

● Este necesar ca tinerii să înțeleagă prin demonstrații practice și prezentări ilustrate consecințele tabagismului, de exemplu cantitatea de oxigen consumată de țigări, fiind convinși pe această cale în caz că alte metode au eșuat.

● Cel foarte tineri trebuie să fie informați despre rețelele tabagismului înainte de a-și aprinde prima țigară.

● Profesorii și medicii nu-și pot juca în mod convingător rolul lor de educatori cu țigaretile în mână. În cele mai multe cazuri, se apreciază în *Chronique O.M.S.*, exemplul rău dat de corpul medical compromite toate tentativele de educație pentru sănătate.

Michel Reynaud, aduce în volumul *Les toxicomanies*, apărut în 1984 în Editura Maloiné S.A. din Paris, câteva idei în plus. El susține că informarea tinerilor asupra efectelor nocive ale tutunului este insuficientă și propune modificarea imaginii sociale „pozitive” a fumătorului printr-o negativă, mai puțin atrăgătoare: **este cel ce poluează, este individul lipsit de voință, este de fapt un toxicoman.** Mai atrage atenția că trebuie favorizat sportul, care este antidotul perfect al tentației tabagice. Dar ideea care mi s-a părut cea mai interesantă și care ar putea fi preluată de cadrele didactice, este aceea că ar trebui antrenarea chiar tinerii la lupta anti-tutun, în special cei în vîrstă de aproximativ 10 ani și care se arată a fi foarte activi. Bine îndrumați, i-ar putea influența pe cei din jur, în special pe părinți care fumează. Tot în volumul amintit, este prezentat programul antitabac, de mare anvergură, lansat în Suedia. El vizează crearea, în decurs de 20—25 de ani, a unei generații de nefumători. Acțiunea împotriva fumatului începe încă înaintea nașterii, arătînd tinerilor căsătorii riscurile acestui viciu în timpul sarcinii și asupra noului născut. Apoi, acțiunea de educație sanitară este întreprinsă foarte devreme, înainte de vîrstă de 10 ani, suprimînd, în plus, orice tentativă tabagică, în special în școli și în colectivități. Rezultatele inițiale par foarte încurajatoare, dar, în plan epidemiologic, efectele vor fi resimțite foarte lent pentru că procentajul global de fumători nu poate fi redus decît progresiv. Pe de altă parte, efectele asupra sănătății publice vor fi încă și mai tardive, dat fiind timpul destul de lung dintre începutul intoxicației prin fumat și apariția manifestărilor patologice.

MĂSURI ALE CRUCII ROȘII ȘI ALE O.M.S.

La cea de-a XXV-a Conferință Internațională a Crucii Roșii ținută la Geneva în octombrie 1986 a fost adoptată prin consens următoarea rezoluție:

Reamintind diferitele rezoluții ale Adunării Mondiale a Sănătății privind riscurile fumatului asupra sănătății.

Considerînd ca fumatul pasiv violează dreptul la sănătate al nefumătorilor,



Solicită Societăților Naționale:

- a) să stabilească programe de educație și de informare a publicului asupra efectului folosirii tutunului;
- b) să aprijine măsurile Organizației Mondiale a Sănătății pentru îndeplinirea strategiilor de reducere a fumatului;
- c) să încurajeze interzicerea totală, și să aplice restricții sau limitări la reclamele de țigări.

Cere interzicerea fumatului la Conferințele Internaționale, la Adunarea Generală și la Consiliul Executiv, ca și la toate întrunirile comitetelor sau ale altor organisme ale Crucii Roșii Internaționale sau ale Societăților Naționale ale Crucii Roșii.

Dintr-un comunicat de presă al O.M.S. aflăm că din acest an, 1987, începînd cu data de 7 aprilie, Ziua mondială a sănătății, a fost interzis fumatul la sediul din Geneva al Organizației Mondiale a Sănătății. Dovezile din ce în ce mai numeroase despre efectele nocive pe care tabagismul, așa zis, „pasiv”, adică expunerea involuntară la fumatul altora, le are asupra sănătății nefumătorilor, motivează această decizie a O.M.S. Interzicerea tutunului la O.M.S., se precizează, vizează să servească de exemplu pentru suprimarea fumatului la locul de muncă, în instituții, școli, uzine, clădiri publice, întreprinderi comerciale și spitale.

Un raport al O.M.S., publicat în 1986, arată că țigara este „principala cauză evitabilă de îmbolnăvire și mortalitate prematură”. În același raport se estimează că epidemia mondială a tabagismului face cel puțin un milion de victime în fiecare an.

Lucian HUIBAN

P.S. Un coleg din redacție mă întreba cum se poate ca tocmai un fumător să scrie despre combaterea acestui obicei. Tuturor celor ce mă știu că nu lucrăm fără pachetul de țigări pe birou, le aduc la cunoștință că deja am bifat, la data predării manuscrisului, ziua a 16-a din afișul *Viața ca nefumător*, pe care îl publicăm în continuare.

L.H.





VIAȚA CA NEFUMĂTOR

- ☐ Ziua 1 — Aruncați țigările pe care le aveți și puneți acest afiș într-un loc în care îl puteți vedea zilnic.
- ☐ Ziua 2 — Aruncați toate scrumierele.
- ☐ Ziua 3 — Beți mai multă apă; respirați adinc în- tre înghițituri.
- ☐ Ziua 4 — Evitați locurile unde este mult fum de țigări, barurile, restaurantele.
- ☐ Ziua 5 — Calculați câți bani economisiți renun- tând la fumat.
- ☐ Ziua 6 — Evitați plătiseala; citiți o carte bună sau mergeți la cinematograful.
- ☐ Ziua 7 — Recompensați-vă! O săptămână fără ți- gări!
- ☐ Ziua 8 — Mergeți la stomatolog pentru a vă cu- răța dinții.
- ☐ Ziua 9 — Hotărâți-vă cum să refuzați o țigară înainte de a vă fi oferită.
- ☐ Ziua 10 — Treceți în revistă motivele pentru care v-ați lăsat de fumat.
- ☐ Ziua 11 — Indreptați-vă atenția către alte lucruri; dezlegați cuvinte încrucișate.
- ☐ Ziua 12 — Mergeți cât mai mult pe jos, renunțați la lift sau la scările rulante.
- ☐ Ziua 13 — Cereți prietenilor să vă sprijine și să vă încurajeze.
- ☐ Ziua 14 — Plimbați-vă cu un pas ceva mai vioi. Faceți din aceasta o practică zilnică.
- ☐ Ziua 15 — Faceți exerciții de respirație adincă.
- ☐ Ziua 16 — Pariati cu un prieten că veți rămâne nefumător.
- ☐ Ziua 17 — Duceți-vă la restaurant numai în încă- perile rezervate nefumătorilor.
- ☐ Ziua 18 — Afișați pe perete **FUMATUL OPRIT**.
- ☐ Ziua 19 — Gândiți-vă la dv. înșivă ca nefumător.
- ☐ Ziua 20 — Spuneți-vă în fiecare dimineață că nu veți mai fuma.
- ☐ Ziua 21 — Gândiți-vă la aspectele negative ale fu- matului: dinți îngălbeniți, respirație rău mirositoare, oboseală și gifiiala la orice efort.
- ☐ Ziua 22 — Citiți despre binefacerile aerului curat.
- ☐ Ziua 23 — Mîncați la micul dejun ceva mai con- sistent.
- ☐ Ziua 24 — Nu retrăiți zilele dv. de fumător.
- ☐ Ziua 25 — Luați un creion în mînă cînd vorbiți la telefon.
- ☐ Ziua 26 — Spuneți tuturor prietenilor că nu mai fumați.
- ☐ Ziua 27 — Gândiți-vă că gustul mîncării este mult mai bun decît cel al țigărilor.
- ☐ Ziua 28 — Amintiți-vă: și o țigară este prea mult.
- ☐ Ziua 29 — Practicați un hobby în timpul liber, cum ar fi tricotaș, lucru de mină, lu- cru la traforaj etc. Astfel veți avea mi- niile ocupate.
- ☐ Ziua 30 — Felicitări! Înminați-vă o recompensă deosebită.

(Afiș preluat după U.S. Department of Health and Human Services, din revista *The Futurist*).

REMEDII PENTRU SĂNĂTATEA OAMENILOR ȘI A PĂMÎNTULUI

Profesorul Nicolae Șuster a predat mulți ani, la Fa- cultatea de horticultură din Craiova, disciplina „arhi- tectură peisagistică”. Încercînd să dea răspuns pro- blemei ameliorării terenurilor erodate, (care numai în Dolj acoperă aproape un sfert din suprafața județului, el susține, asemenea multor specialiști, că soluția cea mai eficientă pentru consolidarea acestora nu o re- prezintă lucrările de betonare, ci plantarea unor anu- mite specii de arbori și arbuști. Nou este faptul că speciile din flora spontană, propuse de prof. Nicolae Șuster pentru consolidarea terenului sînt cele cu pro- prietăți medicinale, aromatice, melifere, alimentare.

Una dintre aceste specii o reprezintă **măceșul**, ale cărui fructe conțin în mod obișnuit vitamina C în cantități de 60-100 mg la 100 grame de pulpă. Cer- cetînd conținutul în vitamina C al acestor fructe pe teritoriul Olteniei a avut surpriza să descopere, în ju- rul municipiului Slatina și la nord de orașul Drăgă- șani, exemplare ale căror fructe înmagazinează peste 360 mg de vitamina C la 100 de grame de pulpă, ceea ce concurează cu succes deplin lămîia.

Măceșul selecționat dintre aceste specii de înaltă productivitate, pe lîngă consolidarea solurilor (poate crește chiar pe pante aproape verticale), poate înde- plini o serie de alte funcții: medicinale, alimentare, melifere și chiar decorative. Fiind o plantă din flora spontană, nu reclamă lucrări de întreținere, precum

stropitul, prașila etc. Poate fi asociat în cultură cu **murul**. În afara terenurilor degradate, cu pante abrupte, cele două specii se recomandă a fi plantate cu succes în zăvoaiele văduite de vegetație, asigu- rînd o umiditate permanentă a solului și regenerarea ecosistemului.

Pentru protecția lacurilor și bălților, de un real fo- los se dovedește **cornacul** plantă, ale cărei fructe, de mărimea alunelor, se folosesc în patiserie.

Alunul turcesc sau **funducul** crește mare cît nu- cul. Fructele lui se folosesc în cofetărie, iar uleiul în scopuri medicinale. Inflorescențele sale, care apar foarte timpuriu, primăvara, imediat după dezgheș, îi conferă un important rol melifer, acoperind o pe- rioadă altfel vacantă pentru apicultură.

Un exemplu interesant de optimizare a echilibrului biologic îl reprezintă propunerea de a planta **viță sălbatică** pe terenurile degradate din apropierea plantațiilor de viță nobilă. Specia sălbatică asigură o foarte bună polenizare pentru cea nobilă. Mai mult, fructele sale mici (bogate în vitaminele B și C) oferă, pînă iarna tîrziu, hrana atît de necesară mierlei, ori aceasta este, după cum se știe, dușmanul cel mai de temut al gîndacului de Colorado care distruge viile și alte culturi. Plantată în zăvoaie, în asociere cu cireși și meri, viță sălbatică crează un mediu ambiant propice existenței bondarilor, viespiilor, albinelor sălba- tice, excelenți polenizatori ai florei de cultură din împrejurimi.

Lista speciilor vegetale ce ar putea fi cultivate pe terenurile erodate mai cuprinde **cireșul păsăresc**, **simbovina**, **smochinul**, care în Oltenia găsesc con- diții prielnice de vegetație. Desigur, enumerarea nu se oprește aici.

R. ANGHEL

orizont



științific

MARILE MUTAȚII ALE MEDICINII

Dacă ar fi să reducem îndelungata istorie a omenirii, începând cu epoca de piatră, la durată unui an, atunci marea majoritate a descoperirilor de care beneficiem astăzi, cum ar fi vaccinurile, antibioticele, anestezicele, aparatul Roentgen, ecograful, scannerul, ingineria genetică, transplantul cardiac și inima artificială, au fost realizate în ultimele ore, dacă nu chiar în ultimele secunde ale acestui an. Înscriindu-se în progresul general al științei, medicina a înregistrat și ea un avans accelerat care nu numai că a împins înainte științele medicale, ci a produs chiar adevărate mutații în modul nostru de a concepe boala și sănătatea, în modul de a gândi și de a practica medicina.

Așa spre exemplu, marile progrese ale geneticii, ale biologiei moleculare și ale imunologiei au

transferat aproape întreaga patologie umană de la nivelul organic la **nivelul molecular**. Datorită acestor progrese, noi cunoaștem astăzi din ce în ce mai bine substratul molecular al diferitelor boli, care sînt rezultatul unor modificări calitative sau cantitative ale diferitelor molecule ce participă la procesele biologice, care se desfășoară în organismul uman. Se cunosc, de exemplu, modificările moleculare ale bolilor genetice, cum ar fi anemia falciformă, care este rezultatul sintezei unei hemoglobine anormale (în care acidul glutamic este înlocuit cu valina) sau fenilcetonuria, boală neuropsihică foarte gravă, care este rezultatul absenței fenilalaninhidroxilazei, ceea ce duce la acumularea fenilalaninei și a metabolizilor ei în sânge și în lichidul cefalorahidian. Se cunosc, de asemenea, modificările moleculare care privesc mai ales substanțele lipidice din ateroscleroză, modificările catecolaminelor ale reninei, ale angiotensinei și ale aldosteronului din hipertensiunea arterială, implicațiile imunitare din poliartrita reumatoidă, modificările

sistemului dopaminergic și endorfinic din schizofrenie și așa mai departe.

Adică, fără a reduce cu nimic din importanța manifestărilor clinice, astăzi trebuie să gândim și să cercetăm toate bolile la nivel molecular, adică acolo unde încep, unde se desfășoară și unde ar putea fi influențată evoluția lor. De aceea și acțiunea medicamentelor trebuie cercetată tot pînă la nivelul molecular. Și ea nu poate fi considerată ca încheiată pînă cînd nu se cunoaște întreaga succesiune de modificări moleculare pe care le produc și modul în care ele influențează tulburările moleculare din boala respectivă.

Ajunși la nivel molecular, medicina a trecut însă **de la aspectul substanțial la aspectul informațional** al fenomenelor. Pentru că molecula acționează nu atît prin intermediul substanței și energiei din care este formată, cit prin intermediul informației pe care o aduce, informație absolut necesară pentru desfășurarea procesului de reglare de care depinde sănătatea organismului. Fiecare moleculă aduce prin structura sa o anumită informație spațială, capabilă de a fi recunoscută de niște molecule cu o conformație spațială complementară. În felul acesta enzima va recunoaște substratul asupra căruia trebuie să acționeze, molecula de hormon va recunoaște receptorul celular pe care trebuie să-l influențeze, iar molecula de anticorp va recunoaște molecula de antigen pe care trebuie să-l neutralizeze. Organismul uman devine astfel și un extrem de complicat sistem de comunicații. Și tulburarea informațiilor sau a căilor prin care se transmit aceste informații poate duce la o adevărată patologie informațională, în care se inscriu, spre exemplu, și bolile produse de tulburarea receptorilor celulari.

Căutînd factorii care ar putea produce diferite tulburări moleculare, numeroasele cercetări epidemiologice au constatat că de cele mai multe ori ele nu sînt produse de un singur factor patogen, ci de mai mulți factori, care contribuie la apariția lor. Și acești factori nici nu determină cu necesitate boala. De aceea, ei au și fost denumiți **factori de risc**. Dar în felul acesta s-a trecut nu numai de la **concepția unicausală**, care a dominat pînă nu de mult medicina, la **concepția pluricausală**, ci și de la **gîndirea deterministă la gîndirea probabilistică**. Pentru a putea descoperi legătura de cauzalitate statistică dintre fenomene, medicina modernă a trebuit să desfășoare o serie întreagă de cercetări epidemiologice. Cu ajutorul lor s-a descoperit rolul pe care îl are alimentația bogată în lipide în etiologia aterosclerozei sau consumul crescut de sare în etiologia hipertensiunii arteriale. Și, deși nici unul din factorii de risc nu produce cu necesitate boala, datorită studiilor epidemiologice, astăzi se știe totuși foarte clar că alcoolul, tutunul, cafeaua, sedentarismul, stresurile și altele pot contribui la apariția diferitelor boli.

Trebuînd să efectueze studii epidemiologice, medicina contemporană și-a prelungit însă atenția de la omul bolnav la colectivitatea din care face parte. A apărut astfel o **medicină a familiei și a colectivităților**.

Pentru că bolile cronice cu care sîntem confrunțați apar treptat, deoarece factorii de risc au

nevoie de un timp foarte îndelungat, trecerea de la starea de sănătate la starea de boală se face treptat. De aceea, medicina contemporană și-a deplasat atenția de la omul bolnav la omul sănătos, nu numai pentru evitarea factorilor de risc, ci și pentru cultivarea factorilor sanogenetici. S-a profilat la orizont o **medicină a omului sănătos**.

Dar, în felul acesta, **medicina** contemporană și-a deplasat centrul de activitate de la latura curativă la cea **preventivă**. Dat fiind că în multe boli nu dispunem încă de un tratament suficient de eficace, accentuarea laturii preventive reprezintă cel mai bun mijloc pentru îmbunătățirea stării de sănătate a populației. Desigur că pentru aceasta se cere o colaborare mai intensă individ și medic, care devine astfel un fel de consilier de sănătate și un martor activ al evoluției diferitelor boli.

Data fiind complexitatea fenomenului, medicul nu mai poate rezolva singur toate problemele de sănătate ale unui individ și cu atît mai puțin ale unei populații. De aceea medicina a devenit o **activitate de echipă** în care sînt angrenați din ce în ce mai mulți specialiști. Pentru că odată cu progresul tehnologic, pentru mai buna cunoaștere a complexității fenomenelor, medicina a simțit nevoia specializării, așa încît a apărut un număr foarte mare de specialiști. De aici necesitatea **colaborării și consultului interdisciplinar**.

Organismul uman este un sistem unitar, în care totul se leagă cu totul, în care aproape fiecare celulă se leagă prin intermediul relațiilor substanțiale, dar mai ales, prin intermediul celor informaționale, cu toate celelalte celule; psihicul este indisolubil legat de cel somatic, sistemul cardiovascular este indisolubil legat de cel endocrin, sistemul endocrin este indisolubil legat de sistemul nervos și așa mai departe. De aceea, după o lungă perioadă analitică, de fragmentare, a devenit din ce în ce mai evidentă necesitatea reintegrării datelor, a concepțiilor și a disciplinelor. Numeroasele legături care s-au descoperit între diferitele aparate și sisteme ce păreau a putea fi studiate izolat, au dus la profilarea unor **domenii interdisciplinare**, așa cum ar fi imunogenetica, neuroendocrinologia și psihoimunologia. Ultima, spre exemplu, reușește să ne explice mai bine modul în care stresurile psihice, depresia psihică și altele pot duce la apariția unor boli cu patogenie imunitară, așa cum ar fi bolile autoimune și cancerul.

Medicina contemporană a înregistrat și continuă să înregistreze însă, sub ochii noștri, o serie întreagă de mutații foarte profunde, care ne obligă să gândim și să acționăm altfel decît se acționa în urmă cu cîteva decenii. Ele au crescut, uneori în mod spectaculos, eficacitatea acțiunilor noastre. Multe din miracolele de ieri au devenit astăzi aspecte cotidiene, așa cum este cazul ingineriei genetice și al transplantului de organe. Și progresul este în desfășurare accelerată. Descoperirile care se fac, sau care se vor face în continuare, vor fundamenta și mai bine mutațiile efectuate, sau vor produce alte mutații. Pentru că progresul este nelimitat și evoluția lui poate aduce anumite surprize. Oricare ar fi ele, posibilitățile noastre vor fi în continuă creștere.

Dr. Adrian RESTIAN

CERCETAREA FUNDAMENTALĂ ȘI PROGRESUL ÎN NEUROLOGIE

De dezvoltarea accelerată a cunoștințelor privind mecanismele biochimice și biofizice ale funcționării sistemului nervos ne permit să anticipăm progrese importante în prevenirea și tratarea unor afecțiuni neurologice.

Funcția creierului de receptare, de prelucrare și transmitere a informației are la bază procesul de excitație care se propagă de la o celulă la alta de-a lungul unor circuite determinate. Limitarea în spațiu și în timp a descărcărilor celulare este asigurată de procesul invers excitației, inhibiției. În cazul cînd echilibrul dintre procesul de excitație și cel de inhibiție este rupt în favoarea excitației, descărcările neuronale se succed cu o frecvență mărită, teritoriile neuronale din ce în ce mai întinse participînd la această activitate anormală. În felul acesta ia naștere accesul epileptic. Transmiterea mesajelor de la un neuron la altul se face prin semnale chimice reprezentate prin neurotransmițători care pot fi excitatori sau inhibitori. Neurotransmițătorii vin în contact cu membrana neuronală la nivelul receptorilor, molecule proteice care „recunosc” neurotransmițătorul și răspund prin deschiderea unor canale ionice. Aceasta face posibilă pătrunderea în celulă a unui anumit ion avînd ca efect excitarea (ionii Na, Ca) sau inhibarea celulei (ionul Cl). Pentru explicarea accesului epileptic se admite posibilitatea unor anomalii care pot interesa neurotransmițătorii, receptorii sau canalele ionice. S-a presupus o insuficiență a principalului neurotransmițător inhibitor, acidul gamma aminobutiric (GABA) și s-a urmărit cearea unor medicamente antiepileptice care favorizează creșterea concentrației de GABA. Dintre aceste medicamente cităm acidul valproic și — o realizare recentă — Progabidul. O altă ipoteză are în vedere o anomalie a canalelor ionice. Pentru verificarea acesteia chimiștii descifrează aminoacid cu aminoacid structura complexelor molecule proteice care constituie canalele ionice și care controlează intrarea și ieșirea din neuron a ionilor excitatori sau inhibitori. Cunoșcîndu-se structura intimă a moleculelor se vor putea crea medicamente „croite pe măsură” capabile de a influența fluxul ionic în sensul creșterii procesului inhibitor sau a scăderii celui excitator. Pătrunderea excesivă de calciu în neuron declanșează o excitație anormală care în final duce la distrugerea neuronului. De aici interesul pentru medicamentele blocante de calciu în tratamentul de viitor al epilepsiei.

Mecanismul prin care o criză de epilepsie se oprește spontan — mecanismul de „auto-oprire” a crizei — a preocupat de asemenea pe cercetători. S-a demonstrat că intervenția anumitor sub-

stanțe care sînt prezente în creier — betaendorfine, colecistokinina, adenzina, inozina — este capabilă de a frîna descărcările anarhice ale celulelor nervoase. Utilizarea acestor substanțe în tratamentul epilepsiei apare cu atît mai interesantă cu cît ele reprezintă factori antiepileptici naturali.

Dezvoltarea geneticii moleculare aduce noi posibilități pentru depistarea purtătorilor de gene ale unor boli neurologice înainte de apariția oricărei manifestări clinice ca de pildă în cazul descendenților unor bolnavi afectați de coreea cronică Huntington. Acest diagnostic a devenit posibil prin analiza lanțurilor de acid dezoxiribonucleic și constatarea unor anomalii caracteristice.

Importanța acestei descoperiri pentru acordarea sfatului genetic și prevenirea apariției unor noi cazuri de boli nu mai are nevoie de subliniere. Se știe că o boală genetică se explică prin absența sau anomalia unei proteine ca urmare a unei anomalii a lanțului de acizi nucleici în care este codată respectiva proteină. Se speră că aceste anomalii vor putea fi remediate prin inginerie gene-



tică, introducîndu-se în celule cu ajutorul unor virusuri fragmentul deficitar în lanțul acizilor nucleici. În alte cazuri s-a reușit introducerea în organism a genei deficitare prin transplant de organe. În acest sens a fost efectuat transplantul de măduvă osoasă în unele boli ale metabolismului mucopolizaharidelor și recent, într-o boală gravă familială a creierului, leucodistrofia metacromatică.

În cazuri de boala Parkinson rezistentă la tratamentul uzual s-a realizat cu succes în două cazuri introducerea în creier a celulelor care fabrică enzima ce sintetizează neurotransmițătorul dopamina, absent la bolnavii Parkinsonieni, prin transplant de țesut de glandă suprarenală în nucleii extrapiramidali ai creierului.

Analiza lanțurilor de acizi nucleici s-a dovedit utilă și în alte boli decît cele cu transmisie genetică. Dat fiind faptul că succesiunea aminoacizilor

care intră în constituția unei proteine este înscrisă cu ajutorul codului genetic în secvența bazelor purinice și pirimidinice din lanțurile de ADN, a devenit mai avantajos să se stabilească structura unor proteine complexe, constituite din sute și mii de aminoacizi, pornind de la descifrarea lanțurilor de acizi nucleici. Dintre aplicațiile posibile vom cita una din domeniul bolilor neurologice cu origine autoimună respectiv din domeniul miasteniei. Această boală se datorește intervenției unor anticorpi produși de organismul pacientului fiind îndreptați împotriva receptorilor pentru neurotransmițătorul acetilcolină de la nivelul fibrelor musculare. Fixarea anticorpilor pe acest receptor împiedică transmiterea impulsului de la fibra nervoasă la fibra musculară provocând paralizii a numeroase grupe musculare. Tratatamentul actual al miasteniei se bazează pe medicamente supresoare ale imunității — cortizonice, citostatice — cu scopul de a împiedica formarea de anticorpi. Cunoșcându-se constituția anticorpului antireceptor va fi posibilă sintetizarea unui anti-anticorp care are avantajul de a elimina numai anticorpul anormal fără a interveni asupra celorlalți anticorpi care asigură apărarea organismului.

În privința bolilor cerebro-vasculare, în mai multe țări s-a înregistrat o reducere cu aproape 50 la sută a mortalității prin accident cerebro-vascular acut în comparație cu cifrele consemnate cu patru decenii mai înainte. Acest rezultat spectacular a fost obținut în primul rând prin tratarea energetică a hipertensiunii arteriale cu medicația hipotensivă actuală, prin alimentație științifică, combaterea abuzului de alcool și a fumatului. Alături de aceste măsuri de importanță capitală există speranța unor posibilități de prevenire a bolilor cerebro-vasculare prin o mai aprofundată cunoaștere a mecanismelor de producere a leziunilor de arterioscleroză și tromboză a arterelor care irigă creierul. Sunt importante în acest sens studiile de biologie a celulelor care intră în constituția peretelui arterial, biologia trombocitelor, mecanismul coagulării singelui. După constituirea plăcilor de aterom care micșorează calibrul arterelor cerebrale se speră că aplicarea laserului asupra acestor leziuni ar permite restabilirea irigației creierului.

O elucidare a fenomenelor biochimice care se petrec în celula nervoasă în condițiile lipsei de oxigen și duc la distrugerea acesteia, în special studiul asupra radicalilor liberi și superoxizilor compuși cu efect distrugător asupra membranelor celulare, ar putea limita procesul care duce la constituirea infarctului cerebral.

Nu putem încheia aceste considerații fără a sublinia faptul că oricare ar fi progresele medicinei în general și a neurologiei în special va trebui ca accentul să fie pus asupra măsurilor profilactice deoarece după distrugerea țesutului nervos din creier și măduvă refacerea acestuia este imposibilă.

Prof. dr. Vlad VOICULESCU



UN PREMIU NOBEL PENTRU DESCOPERIREA FACTORILOR DE CREȘTERE

Italianca Rita Levi-Montalcini și americanul Stanley Cohen sînt laureați ai Premiului Nobel pentru medicină pe anul 1986. Ei au primit recompensa pentru descoperirea, izolarea și caracterizarea „factorului de creștere a nervului”, NGF (Nerve Growth Factor) ca și a „factorului de creștere epitelială”, E.G.F. (Epithelial Growth Factor). Odată cu clarificarea mecanismelor de acțiune privind factorii de creștere, din care, între timp, a fost descoperită o întreagă serie, s-a lărgit înțelegerea noastră în privința mecanismelor care reglează creșterea normală și patologică a celulelor și organelor.

Dezvoltarea embrionară a organelor presupune creșterea condensată a diferitelor celule: a celulelor specifice organelor, a celulelor de legătură, a nervilor și a vaselor. Modelul dezvoltării organelor a fost cunoscut de mult, dar nu și mecanismele de reglare. Astfel, mai înainte exista părerea că celulele germinale sînt dirijate de potențialul lor genetic, care garantează o dezvoltare normală a organelor sau că ele sînt dirijate central.

Prof. dr. Rita Levi-Montalcini s-a născut la 22 aprilie 1909 la Torino (Italia), unde a primit diploma de doctor în medicină în 1936, după ce a fost socotită printre colaboratorii lui Salvator Luria și Renato Dulbecco, distinși, de asemenea, în 1969 și respectiv în 1975 de Fundația „Nobel” pentru lucrările lor în biologie celulară. Rita Levi-Montalcini începe inițial o specializare în neurologie și psihiatrie. Fiind concediată, ea continuă pe cont propriu cercetări asupra sistemului nervos la embrionii de pui de găină. Maestrul venerat al Ritei Levi-Montalcini, profesorul septuagenar Giuseppe Levi, care preda anatomia, histologia și embriologia la Torino a fost concediat și el. Împreună au efectuat și definitivativ, între 1940 și 1943, o cercetare experimentală a aparatului vestibular. Un articol, rezultat din lucrările lor, va apare în 1943 în Belgia. Profesorul Victor Hamburger din SUA, citind articolul, le propune să vină acolo pentru doi ani. În 1947 Rita Levi-Montalcini sosește la „Washington University” din St. Louis, Missouri și acolo va trăi 26 de ani, „cei mai fericiți și productivi”, după propriile sale cuvinte.

În prezent este director al Institutului de biologie celulară al Consiliului de Cercetare Națională din Roma și profesor de biologie al Facultății de biologie din cadrul Universității „Washington” din St. Louis, Missouri, doctor Honoris Causa al Facultății de științe a Universității Upsala (Suedia) în 1977, al Institutului de științe „Weizmann” (Israel) în 1978 și al Universității „St. Mary” (Illinois, S.U.A.).



Stanley Cohen, al doilea colaureat al Premiului Nobel pentru medicină, s-a născut, la 17 noiembrie 1922, la New York. După ce a obținut în 1943 o diplomă de biochimist al Universității „Brooklyn” din acest oraș, a studiat medicina, obținând titlul de doctor în medicină al Universității din Michigan în 1948. Între anii 1952—1961 a lucrat împreună cu Rita Levi-Montalcini la Departamentul de zoologie al Universității „Washington” din St. Louis, Missouri, iar din 1961 până în prezent este profesor la Universitatea „Vanderblitt” din Nashville (SUA).

Factorul de creștere a nervului (N.G.F.)

În 1947 Rita Levi-Montalcini a efectuat o lucrare asupra dezvoltării măduvei spinării, apoi V. Hamburger a incitat-o să reia experiențele lui E. Bueker, care, efectuând transplantări de fragmente de tumori diferite în embrioanele de găină, a observat că unele dintre aceste transplantări erau rapid invadate de fibrele nervoase. Reproducând aceste rezultate, Rita Levi-Montalcini a constatat efecte diferite după natura fibrelor nervoase. Ea a propus atunci o explicație: țesutul tumoral produce un „factor de creștere nervoasă” specific celulelor nervoase bine definite, neuronii senzoriali și simpatici. În acest fel, la începutul anilor '50 efectele majore ale N.G.F. erau clar puse în evidență. Cu ocazia unui stagiu în Brazilia, în Laboratorul prof. Chagas — cunoscut biolog brazilian —, ea pune la punct sistemul de culturi *in vitro* al ganglionului nervos, care a devenit modelul tradițional de punere în evidență a efectelor biologice a N.G.F. sau a substanțelor cu efecte comparabile.

Rita Levi-Montalcini și-a pus apoi întrebarea: cum poate să fie dirijată pe cale experimentală inervația mușchilor unei extremități în timpul dezvoltării embrionare? Ea a întreprins cu V. Hamburger experiențe pe embrioane de găină pentru cercetarea dezvoltării inervației celulelor periferice implantând, în oul de găină fecundat extremități embrionare omologe. În aceste adăugiri ale extremităților membrelor au crescut fibrele nervoase și s-a format placa motorie a celulelor musculare. Transplantând sarcomul de șoarece 180 din glanda salivară a șoarecelui în embrioanele de găini, a observat că s-au hipertrofiat celulele nervoase simpatice și senzoriale alăturate iar neuritele (fibrele nervoase) au crescut în tumoare. Din aceste cercetări Rita Levi-Montalcini a conchis că celula periferică formează „Nerve Growth Promoting Factor” și, prin acesta, reglementează inducibilitatea proprie inervării.

În 1952 ea întreprinde, împreună cu Stanley Cohen, purificarea N.G.F.-ului. Munca era anevoioasă, pentru că molecula neurotroică exercită efectele sale la concentrații foarte slabe. În 1954 Stanley Cohen reușește să dovedească activitatea biologică a acestui factor de creștere (pe care l-a numit N.G.F.) în porțiunea nucleo-proteinică a sarcomului de șoarece 180. Injectând N.G.F., parțial curățat, în embrioanele de găină, a observat că s-au hipertrofiat și s-au multiplicat celulele nervoase simpatice și senzoriale, axonii au crescut de-a lungul concentrării gradate a N.G.F. chiar și *in vitro*. Concluzia: N.G.F. a stimulat creșterea celulelor nervoase.

Pentru caracterizarea în continuare a N.G.F., Stanley Cohen a utilizat otrăvă de șarpe, care conține un înalt grad de fosfoesterază și o activitate biologică asupra acestuia, superioară extractului din sarcomul de șoarece 180. Cercetările ulterioare au arătat că N.G.F. este o proteină, iar în 1958, că poate fi mai ușor pus în evidență folosind extract din glanda salivară normală a șoarecelui mascul. N.G.F. izolat aici are o greutate moleculară de 44 000. Abia în 1971 a reușit să obțină însă analiza completă secvențială a N.G.F., care s-a dovedit a fi o proteină compusă din două unități, fiecare unitate fiind formată din 118 aminoacizi cu o greutate moleculară de 13 259, cele două lanțuri ale lor fiind sudate prin trei punți de disulfizi. Este interesant că N.G.F. are o mare asemănare cu Pro-Insulina și cu I.G.F.T (Insulin-Like Growth Factor I), dar acestea nu-au nici un efect proliferativ asupra celulelor nervoase.

N.G.F. este produs în multe celule periferice având spectrul seric scăzut. Dacă se separă nervii periferici, atunci are loc o creștere multiplă a producției de N.G.F. Deoarece cele mai multe cercetări despre efectul biologic s-au realizat pe șoareci, importanța clinică a N.G.F. este încă puțin cunoscută la om. Există indicații parțiale că acesta participă probabil la apariția neurofibromatozei și la multiplele neuropatii endocrine.

Factorul de creștere epitelială (E.G.F.)

Descoperirea acestui factor este strâns legată de aceea a factorului de creștere a nervului. Pentru a testa dacă al doilea factor este activ biologic, s-au injectat extrase din glanda salivară a șoarecelui, parțial curățată. S-a observat, în mod surprinzător că la animalele tratate (șoareci nou-născuți) se dezvoltă precoce dinții incisivi de jos și se deschid prea timpuriu pleoapele. *In vitro* această fracțiune

proteică a avut ca efect o proliferare crescută și o cheraținizare mărită a celulelor epidermale. Curățirea, în continuare, a dus la izolarea E.G.F. Acesta este un peptid din 53 aminoacizi cu 3 punți disulfidice. În glanda salivară a șoarecelui, acesta este de circa 1 000 de ori mai concentrat decât în ser și ține de o proteină de legătură care are o greutate moleculară de 30 000 și posedă o activitate de arginin-esterază.

E.G.F. este legat de un receptor membranos stabil. Receptorul activ posedă o activitate torosin-fosfokinază, ca și alți factori receptori de creștere, de exemplu P.D.G.F. (Platelet Derived Growth Factor).

Separat de cercetările lui Cohen s-a izolat din urină de om un peptid, care constă, de asemenea, din 53 de aminoacizi, omolog cu E.F.G., provenit de la șoarece, care inhibă secreția acidului gastric și a fost dovedit histochimic în stomac și în mucoasa duodenală, denumit Urogastron și, care pare să fie E.G.F. omenesc. Ca urmare, s-a născut ideea de a folosi E.G.F. pentru a trata anumite boli gastrice. O altă prioritate importantă a E.G.F. este de a accelera viteza de cicatrizare a rănilor, a corneei și a intestinului la om, în oftalmologie încercările clinice arătând eficacitatea sa asupra ulcerelor corneene. De asemenea, Cohen a observat, la începutul cercetării sale, că injecția de E.G.F. la șoarece antrenează pierderea de păr de pe corp. La rândul lor, cercetătorii australieni au comunicat că prin injectarea N.G.F. la oi, blana acestora se poate recolta cu mână. Efectul biologic al E.G.F. este însă mai folosit în tratarea berbecușilor prematuri, efectul injectării E.G.F. ducând în grabirea dezvoltării și maturării membranelor alveolare pulmonare. In vitro, E.G.F. stimulează nu numai creșterea celulelor epidermale, ci și fibromatoza epitelo-renală, creșterea celulelor gliale umane, a celulelor granuloase a ovulului și a celulelor glandelor tiroide.

Factorii de creștere și cancerogeneza

În ultimii ani s-a recunoscut importanța factorilor de creștere în formarea tumorilor, celulele tumorale proliferând probabil necontrolat in vitro, datorită prezenței așa numitelor „oncogene” a căror produse de translație au o mare asemănare cu factorii de creștere sau receptorii lor.

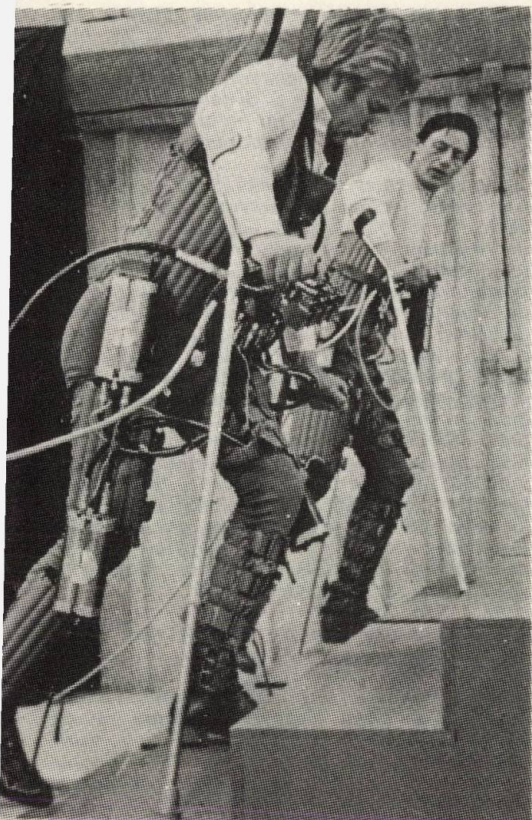
În concluzie, descoperirile celor doi laureați ai Premiului Nobel pentru medicină pe anul 1986 ne permit să înțelegem mai bine cauzele subdiacente a anumitor procese ca malformațiile, defectele genetice, modificările degenerative (demența senilă, boala Alzheimer), ale restaurării defectuase a țesuturilor lezate și mai ales ale maladiilor tumorale. Apare, deci, clar că lucrările realizate de Rita Levi-Montalcini și Stanley Cohen au un răsunet considerabil asupra cercetării științifice actuale.

Dr. Alexandru ȘTRENCE

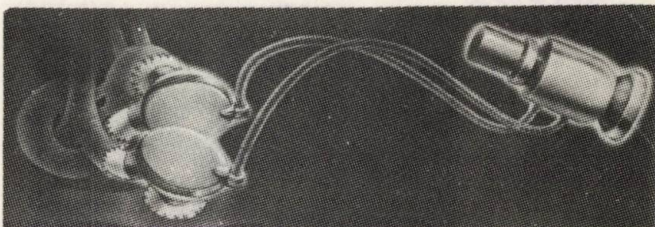
ERA PIESELOR DE SCHIMB SE APROPIE

Medicina folosește în prezent numeroase proteze pentru a înlocui anumite „piese” omenesti deteriorate, începând de la dinți, maxilare, umeri, oase diverse variante de piele artificială și până la valve cardiace. Au fost create inimă, rinichi, plămâni artificiali, dar legate de mașini externe, mai mult sau mai puțin miniaturizate, ele fiind niște slabe imitații ale extraordinarei complexități a organismului uman. Medicina românească utilizează și ea proteze craniene, pereți de pavilion pentru ureche, proteze vasculare din tricot, artere ramificate, valve biologice din aortă de porc mistreț (realizate de prof. dr. Ioan Pop D. Popa de la Spitalul clinic „Fundeni” din București), valve din duramater adică membrana externă a meningelui sau din pericard bovin, (create la Spitalul clinic județean din Tg. Mureș de doctorul Radu Deac) etc. Cercetătorii caută în continuare, în țara noastră și în multe laboratoare ale lumii, noi și noi înlocuitori de organe omenesti. Se pune, deci, firesc întrebarea: vom dispune în viitor de „piese de schimb” pentru organismul uman?

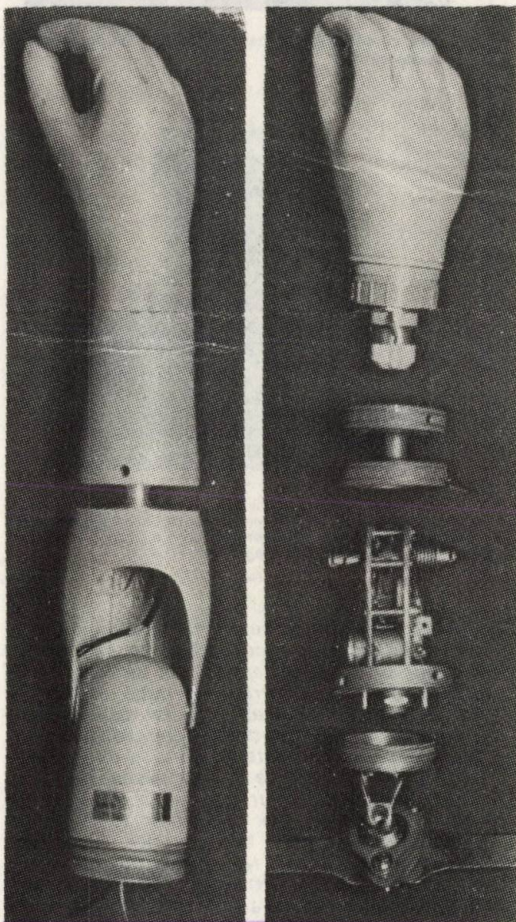
După cum afirmă Clark Colton, profesor de inginerie genetică la Institutul de tehnologie din Massachusetts (SUA), peste aproximativ 20 de ani, deși sîntem încă departe de omul bionic, folosirea organelor artificiale ar putea să țină în viață sute de mii de oameni și să îmbunătățească viețile multor alora. Ca un exemplu de ceea ce organele artificiale ar fi în stare să facă, Colton descrie pancreasul artificial la care lucrează. Este vorba de o pompă ce alimentează singele cu insulină, un monitor ce măsoară nivelul zahărului în singe și un microcomputer, pentru a controla cantitatea de insulină furnizată de un rezervor. Întregul aparat, de mărimea unui pachet de cărți de joc, va fi plasat în corp. Se mai experimentează un pancreas ce va încorpora celule vii, prelevate de la un animal și care își va furniza singur insulina, iar un computer mai mic decât unghia va controla cantitatea ce se varsă în organism. La Spitalul „St. Antoine” din Paris, doctorul Chouard studiază crearea urechii artificiale, pentru surzii totali și surdo-mușii din naștere. În exterior un sistem electronic va capta semnale sonore și le transforma în unde electromagnetice, imitînd rolul organului natural, iar în interior electrozii vor recepționa



Mășină de mers comandată hidraulic. Ea a fost realizată experimental la Montpellier. Mișcarea gâmbii se efectuează la comandă, ca în robotică.



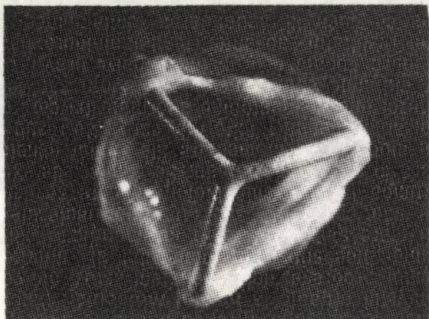
Cele două ventricule ale unei inimi din material plastic sînt acționate prin aer comprimat trimis de un motor, aflat în dreapta, ce se introduce în abdomenul pacientului



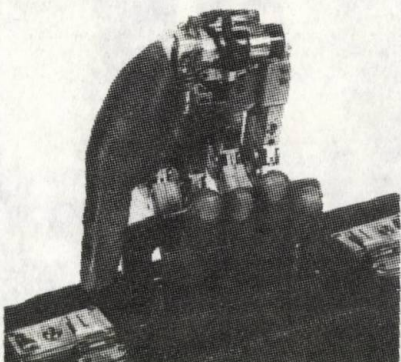
Mîna bionică și unele detalii din interiorul ei

undele electromagnetice și le vor transmite nervului auditiv. După 15 ani de cercetări asupra cheagurilor de sînge și a polimerilor s-a ajuns la confecționarea unor vase artificiale, care să poată înlocui vasele și arterele deteriorate sau blocate. Potrivit chirurgului și inginerului Donald Lyman, de la Universitatea „Utah”, dacă vasul artificial este din polimer - copolieter - uretan - uree, plasticul poate înlocui chiar vase sanguine foarte mici. Doctorul Thomas Ming Swi Chang, de la Universitatea „Mc Grill”, din Montreal, experimentează celule artificiale îmbrăcate într-o membrană sintetică. Ele sînt mici vehicule prin care se pot introduce în sînge substanțe ce pot provoca reacții enzimatice, ca de exemplu, a-l curățată de excesul de uree. Cercetătorii de la Institutul de biofizică al Academiei de Științe, a U.R.S.S. studiază o emulsie de hidrocarbură poliflorurată, cu particule de 100 de ori mai mici decît globulele roșii, capabilă să aprovizioneze celulele cu oxigen și să elibereze din ele bioxidul de carbon, indiferent din ce grupă sanguină face parte bolnavul. Ea mai

are avantajul că poate pătrunde și în locurile unde accesul sîngelui natural este barat de diverse obstacole și se elimină treptat, pe măsură ce este înlocuit de sîngele creat de organism.



Valvă cu suprafața poroasă în care au fost introduse celule vii



Această mână electronică este acoperită cu o piele artificială sensibilă, realizată experimental de Laboratorul de automată din Toulouse, care permite să se regleze în mod automat forța de prindere a degetelor

Americanii și suedezii încearcă să pună la punct tehnica de racordare a nervilor. Ei au început prin a amenaja un fel de canal conductor din siliciu între cele două extremități ale nervului ce urmează a fi refăcut. Introducându-se în tub substanțe stimulative, formate din diverse proteine care se degradează treptat pe măsură ce nervul avansează, s-au obținut rezultate încurajatoare pe animale. La creier problemele sînt mai complicate. Pentru boala Parkinson în cadrul unor experiențe efectuate în Suedia, la „Karolinska Institute”, de profesorul Olaf Bocklund, pe diverse animale de laborator, s-au grefat în creier celule din substanța neagră embrionară. Rezultatele sînt în curs. Pentru om s-a încercat introducerea în creier de celule de dopamină luate de pe suprarenale, chiar de la subiectul respectiv. La început rezultatele experiențelor au dat speranțe, dar după un timp secreția dopaminei s-a oprit, ceea ce a făcut ca cercetările să fie reluate.

Un australian a inventat ochelari sonori pentru nevăzători. În curs de testare, ei emit

unde ce se reflectă pe obiectele aflate în fața nevăzătorului și sînt transformate în semnale auditive pe care le primesc micile receptoare așezate în spatele ochelarilor. Astfel, se poate aprecia repede poziția și distanța pînă la obstacol, iar după un timp handicapatul poate aprecia și natura lui. „Bastonul-laser”, și el în testare, permite, cu ajutorul vibrațiilor ce ajung la degete, să se „vadă” obstacolele pe trei nivele, inclusiv denivelările. Un tînr, devenit nevăzător, datorită exploziei unei puști de vînătoare, s-a oferit pentru o experiență cu totul deosebită, realizată de medicul Michael Mladejevski și William Dobelle de la Centrul de organe artificiale al Universității Columbia, din New York. Pe o parte a creierului au fost plasat senzori și au fost studiate senzațiile vizuale, provocate prin exercitare electrică. Deplasînd electrozii și cerînd subiectului să indice poziția punctului luminos perceput s-a putut întocmi o „hartă” a vederii. Ulterior au fost implantați 64 de electrozi, fiecare corespunzînd unui punct de excitație, firele acestora fiind conectate la un computer, la rîndul lui legat la o cameră de televiziune! Camera a fost fixată pe o imagine simplă, transformată de ordinator în impulsuri electrice. Astfel, nevăzătorul a putut vedea, ba chiar a putut să citească cîteva fraze. Cercetătorii studiază posibilitatea implantării a 256 electrozi (pentru ca imaginea să fie cît mai clară) și realizarea unor minuscule camere de luat vederi, care să fie introduse în orbita ochiului. Directorul I.M.B., Lewis Banscomb, afirmă că viitoarea generație a ordinarilor va fi inspirată din modul de funcționare al ADN. Ele vor fi construite din cristale biologice asemănătoare ADN, a căror memorie genetică a fost estimată la 10^{10} informații. Deci, în viitor, conexiunea între „inteligență” artificială și creier s-ar putea realiza prin „microprocesoare pasivă”, ce conțin mii de circuite, ce ar putea servi drept mijloace de legătură între nervii deteriorați, mai ales acei ai măduvei spinării. Azi totul pare o ficțiune. Dar mîine? La „Wirght State University” din Ohio, doctorul Gerrold Petrofsky s-a gîndit să conecteze un microcomputer la picioarele paralizate ale unor accidentați de mașină. Acesta calculează mișcarea și aruncă, prin intermediul unor dispozitive, piciorul înainte. Din nefericire aparatul nu este independent, el fiind legat prin milioane de fire de alte aparate ajutătoare. Se mai studiază realizarea unei aparaturi care să acționeze picioarele cu comenzi transmise de creier, așa cum se întîmplă la mîna bionică.

Lista „pieselor de schimb”, aflate în studii și în testări, este departe de a fi încheiată, noi și noi organe artificiale urmînd a o completa în viitorii ani. Conform părerii profesorului Pierre Robischong, din Montpellier, (Franța) în momentul în care toate secretele funcționării ochiului, a pancreasului și a altor organe vor fi cunoscute în amănunțime, va fi suficient să se transmită unor specialiști instrucțiunile necesare pentru a fabrica „piesa” sau „piesele de schimb”, adevărate copii ale organelor naturale.

Adaptare de Aurel DIANU

PROTEZAREA ELECTRONICĂ A INIMII

Protezarea electronică a inimii este una din soluțiile oferite bolnavilor cu tulburări de ritm cardiac și de conducere intracardiacă, la care terapia clasică medicamentoasă este insuficientă. Aceasta se realizează prin utilizarea stimulatorului cardiac implantabil, denumit **pacemaker**, termen împrumutat din limba engleză care se traduce prin „cel care dă ritmul”.

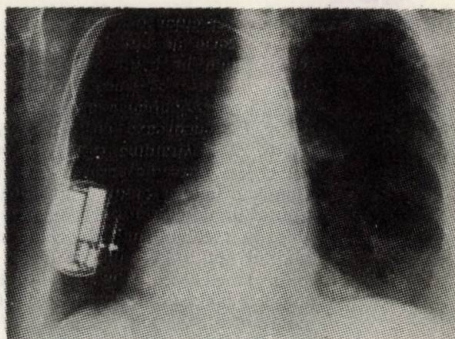
Prin analogie, centrul de comandă al ritmului normal al inimii, situat în peretele auriculului (atriului) drept, una din cele patru cămăruțe ale inimii, a fost supranumită și **pacemaker fiziologic**. Acest centru generează stimuli, care se răspindesc în mușchiul inimii (miocard) provocând contracția acestuia, într-o anumită succesiune, ce poate fi urmărită și pe electrocardiogramă. Mai întâi se contractă pereții atriali (auriculari), drept și stâng, care determină pe electrocardiogramă apariția undei P. Apoi excitația se răspindește în pereții cavităților ventriculare, prin intermediul unor benzi de fibre cu o structură asemănătoare celor nervoase, din care o porțiune se numește „Fasciculul lui Hiss”, după numele celui ce l-a descris pentru prima dată. Contracția ventriculelor se traduce pe electrocardiogramă prin câteva unde, dintre care cea mai evidentă este unda R.

Dacă Fasciculul lui Hiss este lezat, urmare a unei boli degenerative progresive datorită virsiei, transmiterea stimulilor este împiedicată, intervenind în această situație mecanismul auxiliar al pacemakerului fiziologic, denumit și automatism idio-ventricular. Stimulii produși de acest mecanism auxiliar sînt insuficienți din punct de vedere al ritmului cardiac normal (30 bătăi pe minut față de 60-70 bătăi pe minut la un ritm normal precum și al timpului de intervenție) pentru a determina o contracție normală a mușchiului cardiac. În asemenea situații apar tulburări de ritm (aritmii) și chiar întreruperea bătăilor inimii (asistolie, stop cardiac, ori rărirea exagerată a lor). Toate acestea provoacă mari suferințe, leșinuri (sincope) sau chiar moartea.

Normalizarea ritmului cardiac este, în toate situațiile enumerate, indispensabilă pentru salvarea vieții și readaptarea organismului bolnavului la anumite condiții de viață în regimuri de activitate, recurgîndu-se în acest caz la stimulatorul cardiac implantabil, respectiv pacemakerul artificial.

Aceasta este de fapt o proteză electronică, implantabilă în întregime, formată din două componente: **generatorul de impulsuri**, (capabil să restabilească activitatea de pompă a inimii, asigurîndu-se prin aceasta o bună circulație a sîngelui în organism) și 1-2 **conductori**, care permit transmiterea acestor impulsuri la inimă. Generatorul de impulsuri, de mărimea unui ceas de buzunar, conține o sursă de energie (în prezent, pile de litiu-iod) și un circuit electronic (multivibrator), care emite impulsuri scurte (inferioare unei milisecunde, cu o amplitudine de 4-5 volți) capabile să stimuleze inima.

Film după
radiografiile
unei paciente
cu pacemaker



De la stimulator pleacă unul sau doi conductori care au un rol dublu: pe de o parte transmit impulsurile generate la inimă, iar pe de altă parte transmit stimulatorului manifestările din inimă, ca și accidentele electrice care pot însoți contracția spontană a ventriculului. Perceperea acestui semnal inhibă generatorul de impulsuri într-un timp dat. Dacă semnalul generat de inimă nu este recepționat într-un anumit interval prestabilit, generatorul de impulsuri trimite un semnal capabil să stimuleze ventriculul. Dacă activitatea proprie a inimii este reluată, ea întrerupe funcționarea stimulatorului. Acest tip de stimulator blocat prin activitatea proprie a inimii, este numit și „demand” (cuvînt provenit din limba engleză, cu semnificația „la cerere” sau în „caz de nevoie”). Actualmente este denumit VVI (după nomenclatorul Societății americane de cardiologie denumire adoptată și de Societatea internațională de stimulare cardiacă), ținînd seama de cei trei parametri funcționali ai stimulatorului: unde stimulează, de unde culege stimulii și cum stimulează. În cazul tipului VVI (VV = ventricul iar I = inhibat), acest tip de stimulator reprezintă o etapă în dezvoltarea stimulatorului cardiac implantabil, respectiv un progres față de primele stimuloare realizate, denumite „cu ritm fix” sau asincrone (70 de bătăi pe minut), folosind pile cu mercur-zinc, care nu aveau posibilitatea de a primi și interpreta eventualele semnale proprii generate de inimă; acestea pot interfera impulsurile produse de stimulator cu cele ale inimii proprii, creîndu-se astfel riscul de fibrilație.

Implantarea pacemakerului se face sub piele, în regiunea toracică sau abdominală, printr-o operație relativ simplă. Electrozii stimulatorului pot fi implantați pe fața exterioră a inimii, deschizînd toracele printr-o intervenție chirurgicală, sau prin introducerea unei sonde electrod pînă la ventriculul drept, inima fiind stimulată astfel pe cale endocardică și nu pe cale epi-miocardică, adică la suprafața ei.

Metoda epicardică sau epicardo-miocardică, folosind intervenția chirurgicală, a fost printre primele utilizate. Actualmente nu este folosită decît la 10% din cazuri, la indicația precisă, respectiv la copii de vîrstă mică și la persoane cu corduri foarte mari, metoda endocavitară implicînd mult mai puține riscuri.

Principalul centru de implantare al stimulatorilor din țara noastră este la Spitalul Clinic „Fundeni” din București, unde s-a efectuat prima implantare în anul 1964, preocupări deosebite în acest domeniu avînd dr. Radu Făgărășanu.

În anul 1972 la Clinica de chirurgie cardiovasculară din Tîrgu-Mureș (condusă în acea pe-

rioadă pe prof.dr.doc. Ioan Pop D. Popa) s-a implantat un stimulator cardiac asincron (cu frecvență constantă de 70 bătăi/minut), realizat de un colectiv constituit din dr. Ghiță Bunghez, dr. Dumitru Drăghici, dr. Petronela Vintilă și tehnician Goldstein, care a folosit ca sursă de energie pile de mercur și zinc. El a fost utilizat de pacientul respectiv timp de 3 ani. Din anul 1964 și până în prezent s-au implantat la noi în țară peste 2 500 de diverse stimulatoare cardiace, indicațiile utilizării fiind blocurile atrio-ventriculare și boala nodului sinusal, complicate cu sincope Adams-Stokes sau/și cu insuficiență cardiacă, iar mai rar tahiaritmiile severe, la bolnavii tratați cu antiaritmice. Cel mai tânăr pacient căruia i s-a implantat în țara noastră un stimulator cardiac a avut vârsta de 3 ani, iar cel mai în vârstă de 91 de ani. În prezent implantarea de pacemaker se practică în mod curent în clinicile de specialitate din București, Cluj-Napoca, Iași, Timișoara și Tirgu-Mureș, stimulatorul folosit în mod curent fiind tip „demand” (VVI). Cum s-a menționat mai sus, acest tip de stimulator este receptiv la activitatea proprie a inimii bolnavului. Dacă ea este capabilă să se contracte spontan, pe baza excitației primite de la pacemakerul fiziologic, stimulatorul cardiac generează stimulii și invers. Dacă în momentul cînd va trebui să apară stimularea normală aceasta nu se produce, pacemakerul intră în acțiune. Ca sursă de energie se folosesc pile cu litiu-iod, ceea ce permite utilizarea lui fără înlocuire timp de 5-10 ani, față de 3 ani cît permite cel cu pile cu mercur-zinc.

Implantarea pacemakerului, sub piele, în regiunea toracică sau abdominală, se face printr-o operație relativ simplă. Electrozii se trec, de asemenea, pe sub piele și pot fi implantați fie în mușchii inimii (procedeu folosit astăzi numai în cazul copiilor de vîrstă mică sau al persoanelor cu inimi foarte mari, din cauza posibilității deplasării electrodului) sau endocavitar (cea mai folosită, cînd se introduce o sondă electrod printr-o venă pînă la atriu sau ventriculul drept, sau în ambele cavități, inima fiind astfel stimulată pe cale endocardiică). Rezultatele stimulării endocardiice sînt foarte bune la bolnavii cu tulburări de ritm sau de conducere iar evoluția lor este mult mai favorabilă. Perspectiva unui regim de viață normală la aceștia este legată de afecțiunile de bază care însoțesc sau au generat ritmurile lente.

La sesiunea științifică cu temă „Indicațiile și metodologia tratamentului cu pacemaker” ținută la Spitalul clinic „Fundeni” sub auspiciile Academiei de științe medicale și organizată de clinicile de cardiologie medicală și de chirurgie cardiovasculară, unde s-au dezbătut problemele menționate mai sus, a fost prezentată și lucrarea „Rezultatele înregistrării la suprafață a electrocardiogramei Fascicului Hiss”, realizată de un colectiv format din prof.dr. Costin Carp șeful Clinicii de cardiologie medicală, prof.dr. V. Neșteanu, șeful catedrei de fiziologie de la Facultatea de medicină a Universității din Craiova, ing. Ioniță ș.a. Această metodă neinvazivă indică precis locul tulburării de conducere iar indicațiile utilizării de pacemaker sînt mai precise la unii bolnavi.

Problemele de viitor rezultate din utilizarea mai complexă a pacemakerului sînt:

utilizarea unui defibrilator automat, combinat cu pacemaker, pentru tratarea și a unor tahicardii, mergînd pînă la fibrilații ventriculare la persoane cu ritm cardiovascular crescut;

utilizarea de pacemaker universale cu stimulare atrio-ventriculară (denumite: bifocal, secvențial sau cu dublu cameră) reprezintă o variantă de cardiostimulator implantabil cu 2 electrozi de excitație, din care unul este atrial (auricular) și celălalt ventricular cu funcționarea în regim „demand”. Acest tip de stimulator este destinat suferinzilor cu tulburări de ritm auricular, combinate cu tulburări de conducție auriculo-ventriculară și de ramuri de Fasciculul Hiss, ca și bolnavilor mai tineri pentru a permite adaptarea la eforturi (în nomenclatura internațională SSS);

utilizarea de stimulatoare programabile, care permit programarea din exterior a pacemaker-ului de către medic fără nici-o intervenție chirurgicală, prin intermediul unui programator extern, stimulatorul fiind prevăzut cu un microprocesor. Prin aceasta este posibilă modificarea frecvenței de stimulare, a amplitudinii și a duratei impulsurilor, cînd este nevoie;

stimulatoare cardiace implantabile, capabile de a se adapta efortului fără a avea nevoie de activitatea electrică a auriculului, care poate fi deficitar la anumiți pacienți. Pentru aceasta s-au pus la punct captatoare biologice capabile de a detecta diferențele de presiune de oxigen sau de bioxid de carbon prin respirație de la purtătorul stimulatorului, transmiterea pentru acționarea stimulatorului făcîndu-se prin intermediul unui cristal pieso-electric. În acest sens trebuie menționat realizarea de către italianul Camili, din Florența, a unui stimulator cardiac implantabil, care își schimbă automat parametrii, cînd acest lucru este necesar. În momentul unui efort sau al unei emoții, se produce o modificare a pH-ului sanguin, respectiv a acidității singelui. Dacă în vasele sanguine este prevăzut un traductor biologic care măsoară instantaneu Ph-ul, el poate accelera sau încetini ritmul stimulatorului implantat, după variația pH-ului într-un sens sau altul.

O realizare recentă o constituie tipul de stimulatoare cardiace implantabile, dotate cu memorie, care pot fi interogate pentru a se cunoaște „evenimentele” electrice ale inimii, desfășurate într-o anumită perioadă. Se poate cunoaște astfel de cite ori a fost necesară funcționarea stimulatorului, perioadele de tahicardie și electrocardiograma înregistrată în mod continuu în memoria stimulatorului. Stimulatorul devine astfel și un ajutor prețios în diagnosticul bolnavului.

Prin progresele realizate în ultimii 10 ani în microelectronică, și în perfecționarea pilor de alimentare necesare stimulatoarelor cardiace, greutatea acestora s-a redus de la 200 g la mai puțin de 50 g, grosimea carcasei de la 30 mm la 8 mm, iar volumul inițial de la 120 cm³, la 23 cm³ cît reprezintă cel mai mic pacemaker realizat pînă în prezent.

Ing. A. SCHÄCHNER

„Noi nu vedem cu ochii ci cu mintea. Dacă mintea e goală, ochii privesc fără ca să vadă”.

Născut în comuna Izvorul Aneștilor (județul Mehedinți) la început de secol (în anul 1902), doctorul Ștefan Odoobleja a fost contemporanul nostru pînă acum 10 ani. A murit în 1978, la scurtă vreme după ce, la al IV-lea Congres de cibernetică și sisteme care a avut loc la Amsterdam (21—25 august 1978), lucrarea sa „Diversitate și unitate în cibernetică” s-a bucurat de bine meritatul succes.

Ca medic s-a simțit atras, printre altele, de ceea ce poate comunica unui auz atent ascultarea organismului uman. În articolele și studiile sale nu face simple inventare descriptive ale unor metode de ascultare ci, dincolo de ele, încearcă să descifreze legi (în lucrarea intitulată „Metodă de transsonanță toracică”, publicată în „Buletinul medico-terapeutic” din 1 mai 1929, formulează legea reversibilității, una din legile de care se va ocupa cu ardore mai târziu). Abordarea întregului domeniu al fonoscopiei va fi răspălită, în 1935, cu un premiu; în 1937, la Congresul Internațional de Medicină Militară, participă cu o demonstrație de fonoscopie. Din cercetările sale reiese limpede faptul că stările organismului uman își au unele dintre cele mai neașteptate corespondențe în lumea fenomenelor acustice. Astfel de modificări paralele nu puteau fi considerate, firește, întâmplătoare și nici procesul însuși un accident. Spirit consecvent științific, doctorul Ștefan Odoobleja s-a întrebat dacă nu cumva, în general, între lumea fizică și cea fiziologică, biologică sau psihologică, există în mod obișnuit asemenea „consonanțe”.

Drumul de la primele constatări de acest gen pînă la „Psihologia consonantistă” este, firește, lung și din ce în ce mai profund, mai aproape de esența lucrurilor.

Interesul crescînd de care se bucură astăzi opera lui se explică prin faptul că a făcut acea genială tentativă, comparabilă cu tulburătoarea operă a marelui nostru Constantin Brâncuși, de a apropia științele între ele, de a le uni cu artele, printr-o coloană fără de sfîrșit, a consonanțelor. Adică a privit materia în mișcare neîntreruptă, a regăsit aceleași importante legi la toate nivelele: fizic, fiziologic, psihologic. A demonstrat convingător și pînă în cele mai mici amănunte că psihicul omenesc, gîndirea, simțirea și voința, departe de a fi copleșitoare și veșnic nedeslușite miracole, pot fi înțelese, gîndite, simțite și — într-un viitor nu prea îndepărtat — reproduse, pe baza aceluiași legi care guvernează toate celelalte nivele (aplicate nu mecanic însă, ci... consonantist).

Înca de la prima celulă vie și chiar de la prima moleculă capabilă să-și reînnoiască atomii, să se autorepare, să se dedubleze în molecule de același fel, să se autoreproducă deci, ceva care aduce a cunoaștere, germeni primitivi, ancesrali, ai viitoare, atocuprinzătoare științe, își fac apariția; o anumită „experiență de viață”, o înțelegere — extrem de unilaterală la început — se transmite urmașilor, care știu din ce în ce mai bine spre ce fel de hrană să se îndrepte, ce fel de adăpost să-și caute din toate cîte există. Și atunci, ca și astăzi, acționa „legea încercării și erorii”. Cine greșea, plătea cu viața. Așa se face că s-a transmis mai ales experiența cea bună, comportamentul cu cele

mai puține greșeli. „Aplicațiile practice” ale tuturor celor învățate nu erau exterioare, ci interioare organismelor vii iar „progresul științific și tehnic” înmagazinat în ele a determinat EVOLUȚIA LUMII VII. Dacă neadaptarea, neștiința, incompetența se pedesau cu moartea, apare limpede necesitatea unei „șineri de minte” îndelungate și a unei cunoașteri fără cusur (spre care a ținut, inconștient, întreaga faună pe pe planetă și care, iată, și-a găsit încununarea prin om). Psihicul omenesc este unealta supraviețuirii eficiente, dar o unealtă perfecționată, care recepționează și trimite mesaje tot mai adecvate spre exteriorul ca și spre interiorul organismului său. Pentru o acordare perfectă cu mediul, interior și exterior, o perfectă intrare în rezonanță a psihofiziologiei cu biologia și cu fizica era necesară. Rezonanța cuprinde consonanța (potrivirea) și disonanța (nepotrivirea), recepționate sau proiectate ca atare. ...Ca să cunoști o țară, un popor, trebuie să vorbești limba acelor oameni, să le respecți obiceiurile, să te comporți ca și cînd ai fi unul de al lor... Ca să cunoști lumea trebuie ca mintea și sufletul tău să funcționeze după aceleași legi; numai că atunci lucrurile nu mai sînt la liberă alegere: aceste legi comune s-au fixat, prin evoluție, în structurile și funcțiile tuturor speciilor de pe Pămînt.

...La ce ne folosește să știm toate acestea? Ca să înțelegem existența nu numai în toată complexitatea, ci și în toată simplitatea ei; ca să vedem că există un trunchi comun al întregii cunoașteri în strînse relații de interdependență cu marele trunchi al creației omenești; că orice lucru adevărat, bun, frumos se obține pe baza unor legi perfect asemănătoare, care se află în deplină consonanță, atît între ele cît și cu lumea din jur.

A numit-o „psihologie” pentru că demersul științific a pornit dinspre psihicul omenesc spre toate celelalte; putea să-i zică „cibernetică generală” (nu „generalizată” deoarece nu cibernetica lui Wiener a apărut întîi, ci „Consonantismul” lui Ștefan Odoobleja) pentru că nu se referă doar la procesele de conducere, strict informaționale (în sensul tehnic al cuvîntului), ci la tot ce se întîmplă în cunoașterea și în acțiunea umană bazată pe cunoaștere. O mașină de calculat, o mașină „de gîndit” reușește astăzi să îndeplinească programe tot mai complexe cu o repeziune și o precizie uimitoare; oricît ar fi de perfecționată, însă, ea lucrează cu gînduri omenești „de gata”, cu judecăți și formule prefabricate. O mașină care să primească realitatea brută, culori, forme, sunete, mirosuri, să-și extragă singură direct din miezul ei esențele necesare unei creații desăvîrșite, o mașină, da, care să poată să-și și pună probleme nu doar să le rezolve, această mașină prin care omul să se înțeleagă mai bine pe sine ca parte integrantă a naturii, nu s-a creat încă dar ea își va face apariția cu necesitate în apropiatul mileniu III, iar teoria care va îndruma pașii inventatorilor acestei mașini pentru a treia și cea mai umană revoluție industrială se va numi „consonantism” și va purta semnătura lui Ștefan Odoobleja.

Eugenia GROSU-POPESCU

SIDA ÎN ACTUALITATE

În luna mai 1987 a avut loc la Geneva cea de a 40-a Adunare Mondială a Sănătății (AMS). Printre alte probleme de sănătate de interes general, pe ordinea de zi a fost inclus și Programul special al O.M.S. de luptă împotriva SIDA.

Infecția cu virusul imunodeficienței umane (HIV) provoacă sindromul imunodeficientar dobândit (SIDA). Potrivit datelor O.M.S., această boală constituie o problemă internațională de sănătate de o importanță deosebită, ce a atins atît țările industrializate cît și cele în curs de dezvoltare.

La 1 iulie 1987 erau raportate la O.M.S. 53 121 cazuri din 118 țări. Se apreciază că această cifră nu reprezintă decît o parte din numărul total, care se presupune că depășește 100 000 de bolnavi. Facem precizarea că numărul bolnavilor, ca și al deceselor din cauza SIDA este cumulativ, socotindu-se din anul în care a început înregistrarea lor. O.M.S. estimează că, în momentul de față, între 5 și 10 milioane de persoane sînt infectate cu HIV și că în 1991 vor fi în întreaga lume un milion de cazuri de SIDA. Cele mai multe au fost întîlnite la homosexuali sau la toxicomani ce se drogau pe cale intravenoasă, dar, acum, procentul celor ce s-au îmbolnăvit prin contact heterosexual a ajuns la aproximativ 4 la sută și se consideră că va crește la 8 la sută.

În conformitate cu aprecierile O.M.S., în estul Europei numărul de cazuri este foarte redus și există o întîrziere de cinci ani față de occident, în privința răspîndirii bolii. Astfel, potrivit datelor transmise la O.M.S., la data de 3 iunie 1987, dintre cei infectați cu HIV, doar cîteva persoane fuseseră SIDA: Bulgaria, 1 caz; Polonia, 2 cazuri; Ungaria și R.D.G. cite 3 cazuri; Cehoslovacia 7 cazuri; Iugoslavia, 10 cazuri; U.R.S.S., 32 de cazuri.

În țara noastră, potrivit declarației făcute în gazeta „Muncitorul sanitar” de către dr. Petre Ciobanu, director adjunct în Ministerul Sănătății,

inspector șef al Inspectoratului sanitar de stat central, pînă la data de 1 aprilie 1987, colectivul de supraveghere a sindromului de imunodeficiență dobîndită, condus de prof. univ. dr. Ludovic Păun, care funcționează în cadrul Clinicii de boli infecțioase și tropicale de la Spitalul „Victor Babeș” din capitală, a descoperit, în urma testelor făcute, 15 persoane cu reacție serologică pozitivă din care două s-au îmbolnăvit de SIDA, și au decedat, celelalte 13 fiind „purători asimptomatici”, aflați sub supraveghere medicală.

Numărul redus de cazuri permite, potrivit aprecierilor dr. Petre Ciobanu, făcute în nr. 7/1987 al revistei „Sănătatea”, ca prin respectarea unor măsuri profilactice adecvate, ce sînt reamintite pe scurt în încheierea acestui articol, să fie limitată răspîndirea infecției cu HIV și să poată fi stăpînit fenomenul pînă vor apărea forme eficiente de luptă împotriva SIDA.

Potrivit informațiilor furnizate de O.M.S. între 10 și 30 la sută dintre persoanele infectate cu HIV vor face SIDA și între 25 și 50 la sută vor prezenta, în decurs de 5 ani, sindromul para-SIDA. Se mai apreciază că riscul purtătorilor asimptomatici de virus de a face SIDA va crește și, probabil, în următorii zece ani majoritatea subiecților infectați cu HIV vor avea SIDA, iar ceilalți sindromul de tip para-SIDA. Opinia generală a cercurilor științifice, exprimată la AMS, este că un vaccin de utilizare generală la oameni va fi disponibil abia peste cinci ani. Pînă atunci se arată că singura cale de prevenire este informarea publicului privind căile de răspîndire și evitarea acestora.

Atît în revista „Sănătatea” cît și în almanahul 1987 v-am ținut la curent cu ultimele noutăți privind această maladie. Vă prezentăm, în continuare, alte știri în legătură cu sindromul imunodeficientar dobîndit.

H.I.V.

Virusul SIDA, numit la propunerea Organizației Mondiale a Sănătății HIV (Human Immunodeficiency Virus), are o structură foarte complexă, descifrată de către oamenii de știință. Vă prezentăm în imaginea alăturată modelul lui, evident simplificat. Virionul, sau o particulă virală, este o sferă cu diametrul de aproximativ 1 000 angstrom, adică a 10 000-a parte dintr-un milimetru. Este acoperit de o membrană ce are două straturi de lipide, provenită din exteriorul celei gazdă. Membrana este „ornamentată” pe toată suprafața cu glicoproteine (proteine care au atașate lanțuri de glucide). Fiecare glicoproteină este formată din două componente: GP-41 în deschiderile membranei și GP-120 ce se extind în afara ei. Învelișul format din membrană și proteine acoperă partea interioară care conține proteinele P-24 și P-18. Acidul ribonucleic viral (RNA) este însoțit de enzima reverstranscriptază, care catalizează ansamblul acidului dezoxiribonucleic viral, determinînd, în acest fel, caracterul de retrovirus al HIV.

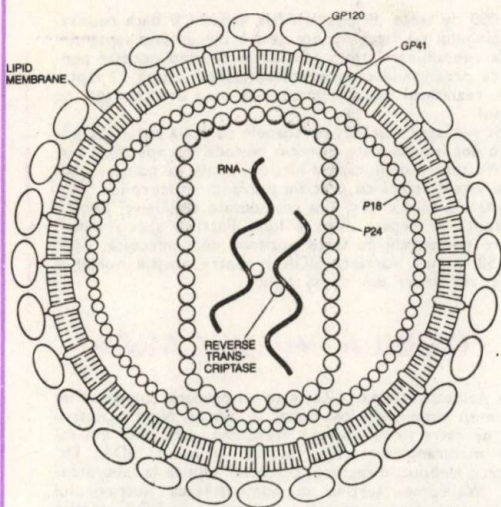
BANCĂ DE DATE

În ficare zi sînt semnalate noi și noi informații despre virusul SIDA — virus aflat într-o continuă modificare — despre noile sale secvențe de gene. După cum aflăm din revista Science, pentru ordonarea și folosirea acestui flux de știri, oamenii de știință de la Laboratorul național Los Alamos, New Mexico, S.U.A., au realizat o bancă computerizată de date pentru înregistrarea și analizarea informațiilor despre biologia moleculară a acestui virus.

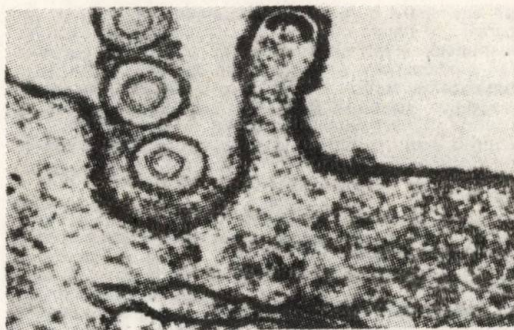
Nu numai HIV suferă mutații rapide, fiind înregistrate diferențele ce apar între diferite secvențe de gene, ci, după cum au descoperit cercetătorii, și alte virusuri asemănătoare, unele producînd boala, altele nu. Toate informațiile genetice despre HIV au fost introduse în GenBank din Los Alamos. Cele mai noi date și informații analitice, reimprospătate trimestrial, vor fi oferite la cerere, sub formă de „floppy discs”, în mod gratuit, tuturor cercetătorilor care, dispunînd de calculatoare, pot compara și analiza diferite componente ale virusului. Noua bancă de date lucrează în cooperare cu Laboratorul european de biologie moleculară din Heidelberg, R.F.G.

Privind HIV, sînt furnizate date despre ADN, ARN, despre secvențele proteice izolate, secvențe ce recunosc receptorul T-4 al limfocitelor, precum și informații similare despre unele virusuri înrudite, dar care afectează animalele. Poate fi identificată și variabilitatea unei anumite regiuni a genomului (materialul genetic acumulat în gene) virusului. Cunoscîndu-se zona alterată, se poate afla cum vor fi afectate secvențele peptidelor și funcțiile proteice. În acest fel se vor afla și corecțiile ce trebuie aduse datelor cunoscute, informații la care se vor adăuga și referințele la literatura de specialitate.

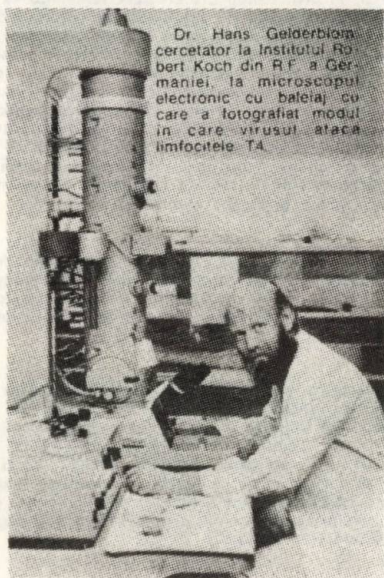
În momentul de față sînt cunoscute și alte virusuri asemănătoare cu HIV. Printre ele, STLV—III (simian T—cell lymphotropic virus, adică al maimuțelor antropoide), înrudit cu cel numit de către echipa Institutului Pasteur din Paris LAV—2 (lymphadenopathy — associated virus) și SBL de către un grup de cercetători de la Institutul Karolinska din Suedia. Mai este cunoscut și HTLV—IV (human T—cell lymphotropic virus), care este însă biologic diferit de HIV, nefiind asociat cu sindromul imunodeficientar dobîndit.



Schema virusului SIDA.



În partea de sus a imaginii, trei virusuri sînt pe cale să pătrundă într-o celulă de singe.



Dr. Hans Gelderblom, cercetător la Institutul Robert Koch din R.F. a Germaniei, la microscopul electronic cu care a fotografiat modul în care virusul atacă limfocitele T4.

PREDISPOZIȚIE GENETICĂ

Prin 1979—1980 nu se știa că SIDA se transmite, de la o persoană la alta, pe cale sexuală sau pe cale sanguină, prin drogarea intravenoasă ori prin transfuzie. Pe măsură ce se lămurau unele aspecte ale acestei epidemii, apăreau altele ce păreau la fel de „misterioase”.

De ce numai unii oameni fac SIDA cînd sînt în contact cu virusul? De ce virusul stă „liniștit” în purtătorii asimptomatici, în timp ce la alte persoane provoacă boala, urmată, după cum se știe, de moarte?

Din revista *The Lancet* din 2 mai 1987, aflăm că oameni de știință britanici sînt pe cale de a găsi răspunsul la aceste întrebări care i-au frîmțat pe sîdologii din întreaga lume. Examinînd probe de singe de la bolnavi, ca și de la cei din grupe cu risc crescut de îmbolnăvire, în special de la homosexuali, o echipă de cercetători, ex-

perți atît în sindromul imunodeficiar, cît și în genetică, echipă condusă de dr. Anthony J. Pinching, a descoperit o proteină ereditară care se pare că are o legătură cu vulnerabilitatea la infecția cu HIV. Predispoziția de a face SIDA este în legătură, după cum susțin medicii britanici, cu variantele specifice ale unei proteine numită Gc, existentă în singe și în suprafețele celulare.

Proteinele Gc, cu variantele lor, descoperite cu aproximativ 30 de ani în urmă, erau considerate ca fiind doar componente ale mai multor grupe de tipuri de singe. Ulterior, s-a mai aflat că Gc este factorul de legătură al vitaminei D. Recent s-a descoperit că predispoziția la boală este ereditară și se pare că e în funcție de cele șase combinații ale celor trei subtipuri genetice majore, studiate de specialiștii englezi: Gc 1 fast (Gc 1f), Gc 1 slow (Gc 1s) și Gc 2. Acestea sînt produse de o genă a cromozomului 4. Potrivit studiilor întreprinse, oamenii cu o combinație dublă Gc 2 (homozigoti pentru Gc 2) au un risc mult mai mic de a face boala, chiar dacă au legături cu parteneri cunoscuți ca purtători ai virusului. Cei cu o combinație dublă a Gc 1f sînt însă foarte expuși infecției și încă în forme foarte severe. Efecte mai mici au fost stabilite la cei ce au proteinele Gc 2 sau Gc 1f în combinație cu celelalte, dar se apreciază că implicațiile acestor combinații necesită studii suplimentare. Nici în ceea ce privește vulnerabilitatea subtipului Gc 1s lucrurile nu sînt încă suficient clarificate.

Cele trei subtipuri au caracteristici biochimice deosebite, legate de cantitățile diferite ale unei substanțe numite acid sialic. Gc 1f are o doză dublă de acid, Gc 1s o doză simplă, iar în Gc 2 nu este prezent. Fără a intra în amănunte, se presupune că acest acid ajută HIV, pe diferite căi, să se atașeze celulelor sanguine numite limfocitele T4, care joacă un rol crucial în apărarea imunitară a organismului.

Dr. Robert Gallo, pionier al cercetărilor în legătură cu SIDA, califică descoperirile britanice ca fiind „importante”. După cum declara într-un interviu, se speră ca aceste date să deschidă o nouă cale cercetărilor maladiei și să dea posibilitate descoperirii celor mai adecvate tratamente pentru această infecție fatală ce distruge sistemul imunitar. De asemenea, dr. Stephen P. Daiger, genetician, expert în proteine celulare, de la Centrul de științe medicale al Universității din Huston, Texas, afirma în *The New York Times* că studiile întreprinse în S.U.A. au arătat o distribuție a proteinelor Gc, la bolnavii de SIDA, similară cu cea stabilită de cercetătorii englezi și că această descoperire va ajuta la descifrarea mecanismelor biologice ale modului în care HIV produce infecția.

O COLABORARE NECESARĂ

Din lupta cu virusul SIDA, mai adăugăm încă două știri.

●Agenția de presă T.A.S.S. relatează despre eforturile și preocupările medicilor și cercetătorilor sovietici. Sîntem informați că în U.R.S.S. se află în curs

de amenajare o rețea de laboratoare de diagnosticare și un sistem de control epidemiologic. În cadrul institutelor științifice sovietice se efectuează cercetări fundamentale și aplicative în domeniul SIDA, se organizează cursuri de pregătire a medicilor și specialiștilor. Valentin Pokrovski, președintele Academiei de științe medicale a U.R.S.S., a declarat într-un interviu acordat ziarului *Izvestia*, că „principala condiție pentru a învinge SIDA este unirea în luptă, a celor mai buni specialiști la scară planetară”.

● Gen. prof. dr. Jerzy Bonczak, președintele Societății de Cruce Roșie din R.P. Polonă, adjunct al ministrului sănătății, președintele Consiliului pentru SIDA, declara în revista *Jestem*, din iunie 1987, că în afară de măsurile profilactice întreprinse, peste 300 de medici sînt instruiți în legătură cu sindromul imunodeficient dobîndit, pentru a fi pregătiți în caz de răspîndire a infecției.

NEUROLOGIA ȘI VIRUSUL SIDA

După cum este cunoscut, virusul SIDA a fost detectat în țesutul nervos, după ce a trecut prin bariera hemato-encefalică. În creier și în măduva spinării virusul are un efect patogen direct, independent de deficitul imunitar și de infecțiile secundare datorate acestuia, afectînd 18—20 la sută din persoanele infectate cu HIV. Cercetătorii au observat în creier o proliferare anormală a celulelor gliale (care înconjoară neuronii și care au rol trofic și de susținere a țesutului nervos) și leziuni cu pierdere de țesut nervos alb care, împreună cu substanța cenușie, formează cele două tipuri de țesut cerebral. Încă nu se cunoaște cum virusul poate provoca aceste modificări anatomice. Printre consecințe se semnalează demența progresivă și alte tulburări neurologice cum ar fi scleroza multiplă, meningita aseptică, encefalita, neuropatii periferice.

IPOTEZA

Persoanele infectate cu virus au un risc crescut de a face trei tipuri de tumori: sarcomul Kaposi, carcinoame (tumori maligne ale țesutului epitelial) și limfoame (cu originea tumorilor în limfocitele B). În anumite împrejurări, tumorile apar independent de deficitul imunitar, ceea ce sugerează, potrivit afirmațiilor dr. Gallo, publicate în *Scientific American*, că, de fapt, homosexualii pot avea un risc crescut de a dezvolta sarcomul Kaposi chiar dacă ei nu sînt infectați cu HIV. Alți factori, în fara HIV — poate agenți patogeni cu transmisie sexuală — sînt probabil implicați în apariția acestor tumori. Prin urmare, este posibil ca această depresie a răspunsului imun să dea posibilitatea agenților care produc tumori secundare să infecteze bolnavul și să se înmulțească nestingheriți. Aceștia însă nu sînt cunoscuți dar unul dintre ei ar putea fi HBLV (human B-lymphotropic virus), un nou virus ADN, ce face parte din aceeași familie cu cei ce produc herpesul. HBLV a fost izolat recent de către Robert Gallo și colegii săi Zaki Salahudin, Daharam Ablashi și Biberfeld de la Laboratorul de biologie celulară a tumorilor al Institutului național de cancer (INC) din S.U.A.

TESTE

Testele de laborator au rolul de a descoperi anticorpii pe care organismul îi produce ca răspuns la contactul cu HIV. Printre cele mai cunoscute sînt ELISA, Western Blot și cel cu imunofluorescență.

Testul ELISA (Enzyme — linked immunosorbent assay) se bazează pe o reacție chimică ce produce o schimbare de culoare în cazul prezenței anticorpilor SIDA, fiind necesari 5 ml de sînge. Acuratețea este practic de 100 la sută, fiind admise ca fals-negative doar unul sau două la

100 000 de teste. El poate fi fals negativ și dacă recoltarea sîngelui s-a făcut înainte de a fi trecut șase săptămîni de la contaminare, timp considerat ca fiind necesar pentru ca organismul să producă anticorpii. După 12 săptămîni, rezultatul negativ garantează lipsa unui contact cu virusul.

Potrivit specialiștilor, persoanele cu două rezultate pozitive pot fi examinate printr-o metodă mai specifică, testul Western Blot în care o hîrtie specială, ce conține proteine virale, indică cu precizie prezența anticorpilor. Deși rezultatele acestui test sînt considerate definitive, pentru siguranță se repetă după 6 luni. Potrivit specialiștilor, dintre persoanele cu teste pozitive, deci infectate, doar 25—50 la sută vor face SIDA și dintre aceștia numai o parte vor muri din cauza bolii.

E POSIBILĂ VINDECAREA?

● Azidothymidina (AZT) este un preparat cunoscut de mai mult timp, ce a fost testat în cancer. Nume „Retrovir” de către firma engleză Wellcome, este unul din rarele medicamente active asupra virusului SIDA. Dr. Thierry Nebout, directorul cercetării clinice la laboratoarele Wellcome, susține că administrarea Retrovirului ameliorează starea generală a bolnavilor cu SIDA, asigură creșterea în greutate, vindecarea unor infecții oportuniste și, în plan biologic, o creștere semnificativă a procentului de limfocite T-4 (globule albe indispensabile asigurării imunității). Dar printre efectele secundare se numără cele asupra măduvei osoase, mai ales în sensul unei depresii, cu anemie și scădere a numărului unor globule albe (altele decît limfocitele T-4), necesitînd recurgerea la transfuzii de sînge. Testat și în Franța, este apreciat de către prof. dr. Luc Montagnier de la Institutul Pasteur ca fiind, pentru moment, singurul medicament care induce ameliorări clinice tranzitorii, fără, însă, a vindeca boala. „Cercetătorii sînt pe cale de a perfecționa acest medicament”, afirmă prof. dr. Montagnier.

● La Institutul național de cancer din Statele Unite se află în atenție Dideoxycytidine, medicament considerat că ar fi mai puternic și, totodată, mai puțin toxic decît AZT. Este în curs de experimentare pe un mic număr de pacienți.

● Strategia propusă de dr. William Haseltine de la Centrul de cancer al Universității Harvard este de a ataca virusul SIDA simultan în mai multe stadii ale ciclului dezvoltării sale, combinînd mai multe substanțe, și anume Acyclovir, un medicament antiviral, cu AZT. Această asociere ar duce la scăderea dozelor și reducerea toxicității. Tot dr. Haseltine atrage atenția că nu e suficientă găsirea unui medicament antiviral, ci este necesară și regenerarea sistemului imunitar.

● Dr. Sam Broder, șeful programului de oncologie clinică de la Institutul național de sănătate din Bethesda, Maryland, crede că partea slabă a virusului constă în complexitatea sa. El are opt gene, cu cinci mai mult decît alte virusuri similare. Aceste gene, care au un rol important în reproducerea sa, și care necesită o sincronizare perfectă în modul de dezvoltare, reprezintă tot atîtea posibilități în încercarea de stopare a replicării virale.

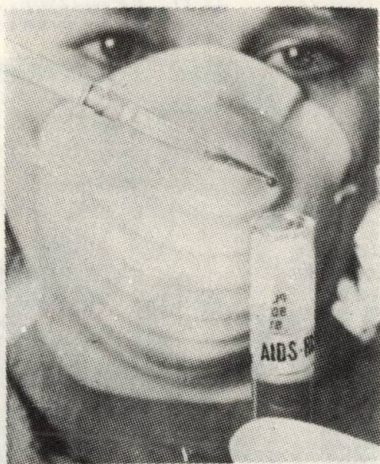
● Dr. Robert Gallo, șeful Laboratorului de biologie celulară a tumorilor de la INC, apreciază că resursele și talentul oamenilor de știință ce lucrează în domeniul cercetării SIDA au creat un climat al descoperirilor care va revoluționa biotehnologia și că s-au aflat lucruri foarte importante în cercetarea antivirală. Pe de altă parte, dr. Haseltine susține că strategiile folosite împotriva SIDA vor fi de mare ajutor în lupta cu herpesul, cancerul, bolile neurologice progresive și artritele.

MĂSURI PROFILACTICE

Organizația Mondială a Sănătății a lansat în primăvara anului 1987 o vastă campanie de informare a publicului, cu tema „Sida — un efort mondial o va învinge”. Cu acest prilej, Jonathan Mann, directorul Programului special al O.M.S. de luptă împotriva SIDA, declară că prevenirea propagării acestei maladii este singurul mijloc la dispoziția noastră și că această prevenire se face atacând toate modurile de transmitere a virusului, în toate țările, utilizând toate mijloacele științifice și de educație posibile. Problema-cheie în prevenire — remarcă în continuare — constă în schimbarea comportamentului oamenilor.

În acest sens, dr. Petre Ciobanu, inspector șef al Inspectoratului sanitar de stat central, recomandă următoarele măsuri profilactice **„La persoanele infectate, virusul este prezent în singe, în lichidul spermatic și în secrețiile vaginale și poate fi transmis pe cale homosexuală de la un bărbat la altul, dar și pe cale heterosexuală, de la bărbat la femeie și de la femeie la bărbat. De regulă, se transmite la cei ce au contacte intime cu persoane infectate în țările unde există o răspândire foarte mare a virusului. De aceea, trebuie să fie evitate viața dezorganizată, schimbarea frecventă a partenerilor sexuali, legăturile ocazionale și multiple, precum și alcoolul care, de multe ori, favorizează aceste legături. Este vorba de respectul omului de lângă tine, de respectul reciproc al partenerilor. Trebuie să știi cu cine te împrietenești, iar tinerii să se cunoască bine înainte de căsătorie. Întărirea familiei, respectul față de soț sau soție, față de copii, respectarea normelor morale ale societății sint, în ultimă instanță, cea mai sigură cale de prevenire”.**

Totodată, se mai recomandă ca, în afară de respectarea regulilor de igienă sexuală, a regulilor generale de igienă, injecțiile, ca și alte proceduri medicale, să nu fie făcute decît în unități sanitare, iar la domiciliu numai de către persoane calificate.



Oamenii de știință din întreaga lume fac eforturi deosebite. Se caută cel mai eficace medicament. Mai multe vaccinuri sînt în curs de realizare. Pînă cînd aceste cercetări vor fi finalizate, să nu uităm că nu se poate realiza o protecție față de SIDA fără participarea conștientă a fiecărui cetățean la apărarea sănătății.

Lucian HUIBAN



SIDA - UN OBIECTIV ȘI PENTRU CRUCEA ROȘIE

AVERTISMENT

Într-o seară din primăvara acestui an, plimbîndu-se pe malul Senei, un tînăr întâlnește o fată frumoasă. Povestea de dragoste se consumă în cîteva ore într-un restaurant, apoi într-o cameră de hotel. Spre surprinderea lui, a doua zi, trezindu-se mai tîrziu, nu își mai găsește iubita de o noapte. Pe oglinda din baie găsește însă de la aceasta un mesaj, scris cu ruj de buze: „Bine ai venit în clubul SIDA!”

Nu, nu e o glumă macabră, nici subiectul unui scenariu pentru un alt „Love Story”, ci tristul adevăr prezentat într-un reportaj — avertisment publicat de cunoscuta revistă franceză „Paris-Match”.

O întîmplare al cărui erou/ sau eroină/ poate fi orice om-indiferent pe ce meridian al globului trăiește —, care nu se gîndește la consecințele faptelor sale și la pericolul reprezentat de „legăturile ocazionale”.

Potrivit unor surse ale Organizației Mondiale a Sănătății, preluate de Liga Societăților de Cruce Roșie și Semilună Roșie, în prezent există între 5 și 10 milioane de oameni care poartă în singe amenințarea insidioasă a sindromului imunodeficitar dobîndit. Spitalele și clinicile hematologice din diferite țări ale lumii înregistrează azi peste 53 121 de cazuri — din care peste 37 000 în S.U.A.

— număr care, practic, se dublează la fiecare 10 luni. Problema este, evident, de competența medicilor atîta timp cît se are în vedere investigația științifică, ca și întreg ansamblul stopării evoluției atît de rapide a răspîndirii. Dar ea interesează și Crucea Roșie, care, prin intermediul diverselor societăți naționale și al Ligii, a reacționat ca în fața oricărei alte catastrofe intervenind cu mijloacele specifice pentru PROTECȚIA oamenilor.

ABSOLUT SIGUR

Prima reuniune internațională organizată de Liga Societăților de Cruce Roșie și Semilună Roșie cu privire la SIDA a avut loc la Bruxelles reunind reprezentanți ai societăților de Cruce Roșie din Europa occidentală și America. O reuniune asemănătoare a avut loc în luna octombrie în Polonia pentru societățile de Cruce Roșie din țările socialiste. Având aceeași ordine de zi, reuniunile au avut scopul de a examina, coordona și dezvolta participarea Crucii Roșii la prevenirea unei epidemii ce crește în mod galopant. Între subiectele dezbătute se numără educația publicului în vederea prevenirii îmbolnăvirilor cu H.I.V., asistența acordată victimelor SIDA și controlul prin teste sanguine.

Aspectele care interesează Crucea Roșie sînt stoparea contaminării, prin organizarea unor campanii amănunțite de informare a opiniei publice, și impulsivarea cercetărilor științifice în lipsa cărora existind „puține speranțe ca în următorii ani să se găsească un remediu eficient pentru stăvîlirea acestei epidemii prin vaccinuri sau tratamente chimice” („Corriere della Serra”).

Prin dr. Anthony F.H. Britten, șeful departamentului „Programul de sînge” al Ligii, Crucea Roșie informează: „La finele anului 1986 patru aspecte sînt absolut sigure în ce privește SIDA: • Nu există un vaccin • Din ce în ce mai mulți oameni sînt contaminați, în special din grupele „de risc”: homosexuali, oameni cu mai mulți parteneri sexuali și persoane care se droghează intravenos • La cei la care boala a ajuns în stadiu clinic, decesul survine în circa doi ani • Numărul întrebărilor care rămîn, total sau parțial, fără răspuns este puțin încurajător.”

Ce mesaj poate transmite, deci, Crucea Roșie în cadrul programului său de informare? O viață în confortabilitate cu principiile moralele, măsuri de igienă sexuală, ca folosirea prezervativelor, evitarea drogurilor și a prostituatelor. Sînt, de altfel, elementele principale ale unei largi campanii de informare declanșată în S.U.A., Canada, ca și în Europa.

„DINCOLO DE FRICĂ”

Realizarea unui film documentar cu titlul „Dincolo de frică” („Beyond Fear”), în trei părți, fiecare a cite 20 de minute, a constituit suportul unei mari acțiuni de influențare a comportamentului social cu ajutorul mijloacelor moderne de informare în masă: TV, cinematograful, videocasetele.

Scriș și realizat pentru Crucea Roșie americană de John Selden Allen și finanțat de către Consiliul american pentru asigurări de viață și Asociația americană pentru asigurări sanitare, „Dincolo de frică” îl are drept comentator pe celebrul actor al Hollywood-ului Robert Vaughn, cunoscut și telespectatorilor noștri din serialul TV „In spatele ușilor închise”. Prezintă imagini concludente, realizate de către un ordinator, prima parte a filmului - „Virusul” - arată cum HIV, virusul SIDA, atacă și distruge sistemul imunitar, lipsind organismul de apărare împotriva infecțiilor. Filmul explică felul în care virusul pătrunde în aparatul circulator, prin contact sexual sau prin acul de seringă întrebuințat de mai mulți oameni care se droghează fără a lua măsuri de sterilizare; de asemenea, prezintă chiar mecanismul contaminării fătului de către mamă. A doua parte a filmului - „Individul” - abordează metodele prin care poate fi redus riscul contaminării. Interviuurile cu medici, cercetători, membri ai familiilor victimelor și chiar cu bolnavii înșiși pun în evidență factorii de risc și mijloacele de prevenire a bolii. A treia parte a filmului - „Societatea” - evidențiază eforturile personalului sanitar pentru stoparea contaminării și ajutorul ce îl pot primi bolnavii, dar și campaniile de combatere inițiate de diferite instituții cunoscute în S.U.A. sub denumirea de „Stop SIDA”.

Filmul se adresează în special adolescenților dar, difuzat pe canalele televiziunii americane, a fost urmărit de milioane de telespectatori. De asemenea, după original au fost trase 2 000 de copii și puse în circulație prin organizațiile de Cruce Roșie din școli, la cluburi și case ale tineretului.

Un film - color, pe 16 mm - a fost turnat și de Crucea Roșie din R.F.G. Titlul său: „SIDA - flagelul mortal”. Scenariul și regia sînt semnate de dr. Joachim Teschner. Filmul prezintă simptomele și riscurile de contagiune ale acestei afecțiuni. Informații detaliate sînt furnizate cu privire la modul în care virusul SIDA afectează sistemul organismului uman.

STUDII, CERCETĂRI, ANCHETE

În paralel, o intensă activitate este dedicată realizării unor studii epidemiologice și unor cercetări privind evaluarea metodelor de testare. Ea se desfășoară în special la „Holland Laboratory”, din Rockville sub conducerea doctorului în medicină Leon Hoyer, centru unde se lucrează și la un program de crio-prezervare a organelor donate pentru transplantații. De asemenea, la Centrul de cercetări biomedicale al Crucii Roșii americane din Bethesda, (statul Maryland) se execută controlul științific pentru SIDA. Cercetări întreprinde și Crucea Roșie canadiană, la Toronto. Recent, Crucea Roșie norvegiană a anunțat, la rîndul său, că sprijină financiar proiectul unui „Grup independent de cercetare”, cu centrul la Londra. Acesta, apărînd că lupta împotriva SIDA nu trebuie dusă numai în Europa și America, ci și pe alte continente „are o viziune globală asupra problemei SIDA”. Crucea Roșie norvegiană a și tipărit un prim volum care poartă numele „SIDA și lumea a treia”. După aprecierea președintelui institutului „Panos”, Jon Tinker, această „viziune globală a grupului de la Londra este amenințătoare, singura noastră armă împotriva SIDA fiind știința iar singura protecție - educația”.

• Coperta revistei „Stern” cu o semnificativă fotografie-avertisment: săgeata lui Cupidon poate fi mortală!



Red Cross NEWS

INSIDE



● Holland Laboratory, din Rockville, locul unde Crucea Roșie americană întreprinde controlul metodelor de testare a virusului SIDA.

PROTECȚIE PRIN EDUCAȚIE

Despre educație vorbesc și reprezentanții Crucii Roșii din Danemarca, țară unde s-a înregistrat cel mai mare număr de victime din Europa raportat la numărul de locuitori. Statisticile de morbiditate și prognoza pentru anul 1990 (2 000 de bolnavi) sînt de natură să înspăimînte. Presa daneză consideră situația drept „catastrofa secolului”. În fața unei atari situații Crucea Roșie daneză a publicat, în colaborare cu Consiliul Național al Sănătății, o broșură intitulată „Ce este SIDA? O boală pe care trebuie să o cunoașteți pentru a o putea preveni”. Ea a și fost distribuită în toate bibliotecile, farmaciile, cabinetele medicale și stomatologice ca și în școli. De asemenea, Crucea Roșie daneză a început discuții cu autoritățile medicale pentru înființarea unor centre de consultații a victimelor SIDA.

Un real interes a trezit și în Kenya începutul unei campanii de informare sub sloganul „Să educăm, nu să

● Afise ale Crucii Roșii poloneze „SIDA: puțini parteneri, puține riscuri”.



● Robert Vaughn, un star împotriva SIDA



● Afis al Crucii Roșii kenyene.



însăpămîntăm”. 40 de voluntari ai Crucii Roșii kenyene au difuzat între 21 ianuarie și 6 februarie 1987 100 000 de exemplare dintr-un pliant prezentînd o mină care sfarmă SIDA, ca și 18 000 de afișe și 8 000 de afișete cu titlul „Informații despre SIDA”. Fondurile pentru această campanie sînt furnizate prin intermediul Ligii Societăților de Cruce Roșie și Semilună Roșie.

Se pare însă că acesta nu este decît începutul unei acțiuni de mare amploare.

Cristian IONESCU

TRISTEȚEA ȘI DEPRESIA

Se estimează că 75 la sută din spitalizările psihiatrice se datorează unor tulburări de tip depresiv și, în fiecare an, între 12 și 15 la sută din adulții în vîrstă de la 17 la 74 ani pot să manifeste un episod depresiv, de o severitate clinică suficientă încît să justifice tratament.

În viața de zi cu zi, tristețea, nefericirea „normală”, doliul și depresia sînt deseori confundate. O persoană sănătoasă, dar tristă, mîhnită, dezamăgită ca urmare a unui eveniment dureros sau neplăcut care s-a produs în viața sa poate fi numită „deprimată” sau „melancolică”. Și reciproc, pacienții depresivi sînt triști, melancolici, nefericiți. „Starea de melancolie” sau profundă deprimare sînt termeni care, în limbajul curent, au conotația de superlative ale tristeții.

Acest inter schimb liber de adjective care pot fi atașate atît persoanei triste, cît și bolnavului depresiv sînt de natură să inducă oarecare confuzie, care n-ar fi posibilă dacă între tristețe și depresie n-ar exista asemănări. Principala asemănare dintre aceste două stări o constituie sentimentul comun de neplăcere, durere sufletească, adică disforie.

Dar deosebirea dintre tristețe, ca emoție normală, și depresie — ca simptom, sindrom sau boală psihică — sînt mult mai multe decît asemănările și mult mai importante, pentru persoana care le trăiește.

Tristețea normală este trăirea emoțională resimțită de o persoană ca efect al impactului ei cu o situație de viață frustrantă, traumatizantă, cu implicații neplăcute sau dureroase pentru starea sa. Valoarea negativă a trăirii subiective din tristețe **reflectă** (prin conținut, intensitate și durată) **semnificația negativă a evenimentului** care a provocat-o. Tristețea, ca emoție, este una din trăirile afective de care este aptă orice persoană adultă. Ea se înscrie **ca secvență**, în continuumul vieții interioare, secvență precedată și urmată de capacitatea de a resimți afecțiune, respect față de propria persoană, satisfacție, bucurie etc. De fapt, lipsa sau pierderea acestor emoții pozitive (respectiv, a situațiilor de viață „furnizoare” de bucurie), conferă stărilor noastre sufletești tonalitatea dezagreabilă, dureroasă, specifică tristeții.

În mod normal, în fluxul vieții interioare a persoanei, locul tristeții este întotdeauna luat de reacții și trăiri afective cu tonalitate agreabilă, de veselie, încredere în sine, optimism etc. De aceea, tristețea, oricît de profundă, nu constituie, în sine, un semn de boală și ca atare nu necesită tratament. Cu alte cuvinte, o persoană extrem de tristă nu poate fi considerată depresivă decît dacă, **alături de dispoziția afectivă negativă** (disproporționat de intensă în raport cu situația care a generat-o sau de o durată prelungită), **apar și alte semne sau simptome de boală**.

Deci, depresia nu este o simplă transformare cantitativă a tristeții. Spre deosebire de dispoziția tristă, dispoziția depresivă comportă o trăire pesimistă globală, o atitudine negativă

față de sine, față de lumea exterioară și față de viitor, trăire intensă în care predomină sentimentele de insatisfacție, devalorizare și auto-deprecieri.

Privite din afară, persoana tristă și cea depresivă se aseamănă: aceeași mimică abătută, mohorită, aceeași intonație scăzută a vocii, aceeași privire „stinsă” și aceeași neparticipare la bucuriile altora. Dar persoana depresivă trăiește, în plan interior, sentimente mult mai intens dureroase; ea conștientizează penibilul incapacitatea de a resimți plăcerea, indiferența față de oameni sau activități care altădată îi erau agreabile, lipsa de modulare afectivă în raport cu anturajul.

Spre deosebire de omul cuprins de tristețe, bolnavul depresiv prezintă, alături de trăirea afectivă penibilă, o **diminuare globală a forțelor pulsionale, a proceselor intelectuale și a activității motorii**. El se simte nu numai descărațat, deprimat, chinuit ci și epuizat fizic, incapabil să gîndească cu claritate, sărăcit sub aspectul conținutului de idei, incapabil de a se concentra, de a iniția o acțiune sau de a o duce la bun sfîrșit. Lentoarea psihică și tulburările activității intelectuale alimentează dezinteresul față de relațiile cotidiene antrenînd adesea o scădere a productivității intelectuale care, la rîndul ei, întărește sentimentul de inadecvare și autodevalorizare al persoanei bolnave.

Spre deosebire de starea de tristețe, resimțită subiectiv, exclusiv la nivel psihic, sufletec, depresia ca boală antrenează toate sferile persoanei: afectivitatea, intelectul, comportamentul și însuși organismul biologic. În stările depresive, apar frecvent **tulburări somatice asociate**, care pot fi în mod eronat atribuite unor boli organice. Tulburările digestive ca anorexia, scăderea ponderală, constipația sau tulburări cardio-vasculare (hipotensiune și bradicardie), diminuarea activității sexuale, cefaleea, durerile osteo-articulare cu aspect reumatic sînt simptome somatice care acompaniază în mod constant stările depresive. Alături de tulburările de somn (insomnii de adormire sau treziri nocturne repetate), aceste fenomene apar adesea în mod precoce, precedînd simptomatologia distimică în sine (starea afectivă negativă) și întîrziînd identificarea naturii psihopatologice a suferinței. Uneori, boala depresivă se manifestă exclusiv sub forma unor fenomene somatice, realizînd tabloul clinic al unei „depresii fără tristețe”, așa-numită **depresie mascată**. Ruta medicală a unor astfel de bolnavi este extrem de sinuoasă, iar investigațiile paraclinice care urmăresc decelarea unor afecțiuni organice reale, întîrzie în mod prejudiciabil consultația psihiatrică și instituirea tratamentului antidepressiv.

Identificarea tulburărilor depresive este îngreunată nu numai de prezența unor fenomene care sugerează boala organică, ci și de formele extrem de variate pe care le capătă simptomatologia afectivă. Astfel, în locul dis-

poziției triste, a pasivității și resemnării, pot apărea manifestări de nervozitate, momente de iritare, ostilitate, impulsivitate sau intoleranță față de enturaj, fenomene a căror semnificație depresivă este mai greu de recunoscut și acceptat. Alternând în mod imprezizibil cu izolarea socială și dezinteresul, aceste reacții vii și intense față de stimulările din mediu exprimă într-un mod disimulat tensiunea interioară și sentimentele de insatisfacție ale persoanei depresive.

Dincolo de tulburările emoționale, de fenomenele somatice care însoțesc sau maschează depresia și de comportamentul observabil al pacientului depresiv, o caracteristică esențială a depresiei o constituie **modul particular de gândire**, respectiv setul de distorsiuni cognitive care polarizează în sens negativ atât perceperea evenimentelor de viață, cât și concepția despre sine și despre viitor a persoanei depresive. Într-adevăr, la o investigație aprofundată se poate constata că dispoziția tristă, absența elanului vital, tulburările neuro-vegetative și lentoarea ideo-motorie întâlnite în stările depresive rezultă (cel puțin parțial) din distorsiuni ale gândirii, care determină o anumită vulnerabilitate.

Există anumite **tipuri de erori în modul de a gândi** care sporesc vulnerabilitatea la situații și evenimente stresante, erori de gândire care

amplifică reacțiile negative ale depresivilor și care întrețin starea lor afectivă.

Spre deosebire de persoanele sănătoase, depresivii par să selecteze din ansamblul unor situații de viață, mai ales acele aspecte care confirmă și întăresc sentimentele lor pesimiste. Astfel, ei se caracterizează prin tendința de a face judecăți extreme, de a pune accentul pe consecințele cele mai dezagrabile care pot apărea într-o situație, de a-și asuma responsabilități excesive, de a supraestima gradul de extindere a relațiilor dintre evenimentele negative și propria persoană.

Aspectele complexe și variate ale simptomatologiei depresive necesită de aceea o abordare terapeutică tot atât de complexă și nuanțată. Se constată că medicația antidepresivă determină ameliorări ale dispoziției și tulburărilor neurovegetative numai în 65—70 la sută din cazuri. Întrucât nu acționează și asupra proceselor cognitive, tratamentele biologice ale stării depresive se cer completate cu intervenții psihoterapeutice care să evidențieze și să corecteze progresiv aspectele cognitive, adesea inconștiente, congenere și virtual condiționante în menținerea tulburărilor afective și a vulnerabilității la depresie.

Doctor în psihologie
Aurelia IONESCU

INFLUENȚA CROMATISMULUI ASUPRA CONDUCĂTORILOR AUTO

Cromatismul, distingerea culorilor, funcție vizuală absolut necesară conducerii auto, constituie și unul din examenele importante și obligatorii la acordarea dreptului de a șofa.

Mecanismul intim prin care ochiul omenească poate percepe varietatea culorilor din lumea înconjurătoare se face prin trei feluri de receptoare existente la nivelul conurilor — celulele ale retinei — ce captează cele trei culori fundamentale: roșu, verde, albastru, sub formă de impulsuri ce sînt dirijate spre creier unde declanșează senzațiile concrete de culoare. Alături de cei trei pigmenți fundamentali există și subsidiari sensibili la culoarea de galben-albastru, roșu-violet sau albastru verde. Ochiul omenească poate deosebi pînă la trei sute de nuanțe ale culorilor acromate (alb, cenușiu, negru) și zeci de mii de culori cromatice (cum se numesc celelalte culori în felurite combinații).

Cele mai multe culori se disting ziua între orele 13 și 15 iar cele mai puține noaptea între orele 23 și 3. Perceperea cromatică și cea de distingere a formelor se fac la nivelul celulelor cu conuri ale retinei care determină vederea diurnă.

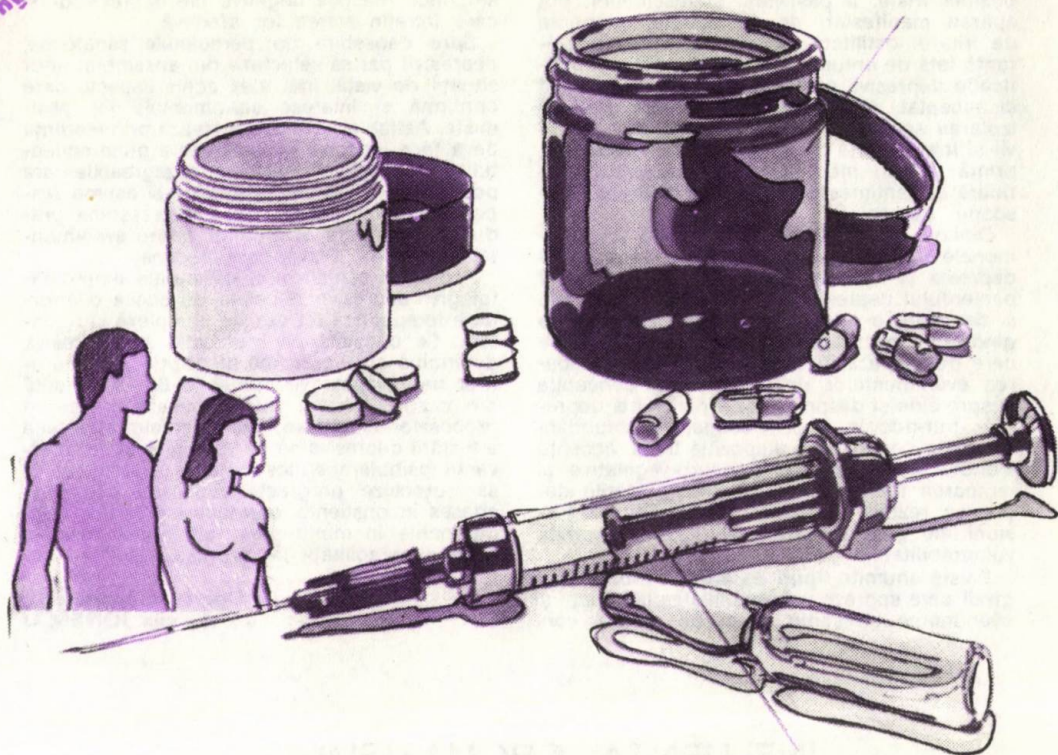
Cercetări științifice din ultima vreme arată efectul culorilor asupra sensibilității și psihologiei omului, asupra activității sale. Astfel sînt culori vesele sau triste, care creează stări de confort sau disconfort, care calmează sau irită, care transmit senzația de cald sau de frig, care au efect calmant, previn sau provoacă amețeli, care pot spori atenția, care au efecte stimulative asupra capacității de muncă, care pot influența pozitiv asupra psihicului și chiar asupra stării fiziologice a organismului.

Statisticile arată că cel mai puțin expuse accidentelor ar fi mașinile vopsite în galben, portocaliu, oranș sau roșu.

În multe țări muncitorii de la tersamente de pe șosele, căi ferate, străzi etc. poartă veste oranș; unii au recomandat ca și motocicliștii și cicliștii să poarte bluze galbene sau oranș.

Deficiențele distingerii culorilor se numesc discromatopsii care pot fi totale sau parțiale, tulburări incompatibile cu conducerea autovehiculelor. Cei ce confundă roșul cu verde se numesc daltoniști.

Dr. Aurel ROSIN



ALERGIA MEDICAMENTOASĂ

În ultimii 20—30 de ani asităm la creșterea incidenței manifestărilor alergice și a variațiilor lor manifestări clinice.

Dar ce este alergia: sensibilizare, hipersensibilitate? Este reacția modificată a organismului la un contact repetat cu un antigen — substanță care pătrunsă în organism poate determina formarea de anticorpi care sînt capabili să reacționeze specific împotriva antigenului care le-a indus formarea, ceea ce are ca urmare apariția a diferite manifestări și simptome clinice la nivelul tegumentelor, mucoaselor și organelor. La a XV-a Sesiune a Academiei de științe medicale a R.S. România (1986) s-a arătat că „reacțiile adverse medicamentoase” — în cadrul cărora se situează și alerggia medicamentoasă — „dețin locul al patrulea în ordinea frecvenței îmbolnăvirilor, după bolile cardiovasculare, neoplazice și traumatisme”.

Alergia poate fi indusă de numeroși factori (substanțe alimentare, medicamentoase, in-

dustriale, biologice). În mediul casnic un rol important au alergenii respiratori, cei mai importanți fiind: praful de casă, mucegaiul, părul de origine animală și penele, ceea ce impune ca toate acestea să fie evitate.

Alergia respiratorie se manifestă prin guturai, astm, urticarie, eczemă ș.a.

Alergia alimentară poate fi indusă de consumul unor alimente — ouă, unt, fragi, căpșuni ș.a. — manifestîndu-se mai ales prin simptome cutanate, ca: prurit (mîncărimă a pielii), eczemă, urticarie ș.a.

Alergia medicamentoasă, foarte frecventă în prezent datorită consumului crescut de numeroase produse de sinteză, poate fi condiționată de proprietățile farmacologice directe sau indirecte ale medicamentelor și înglobează reacții adverse cu mecanism imun. Altele — mai puțin frecvente — sînt expresia unei reactivități particulare a individului, fiind mult mai grave decît primele și sînt denumite reacții de sensibilitate la medicamente, unele

din ele produse printr-un mecanism imunologic.

În cadrul reacțiilor adverse medicamentoase — în funcție de modalitatea de producere — se deosebesc trei tipuri: reacții cu patogenie imunologică certă, produse prin mecanism imun; reacții cu patogenie imunologică posibilă, însă nu complet demonstrată; reacții cu patogenie neimunologică, în care intră în special „Idiosincrazia” — tot ca o formă de alergie.

Dacă în medicină se cunosc diferite tipuri și mecanisme de reacție care induc alergia la medicamente, se mai știe că reacții alergice pot fi induse de: calea de administrare — în general aplicațiile cutanate, intranasale, conjunctivale sînt cele mai sensibilizante — calea orală cel mai puțin, iar calea intravenoasă mai puțin decît calea intramusculară sau subcutană. Ritmul și durata administrării: tratamentele prelungite și intermitente favorizează sensibilizarea; astfel întreruperea unui tratament ritmic cu insulina poate genera reacții alergice la reluare după o pauză de una sau mai multe zile; sensibilizarea se poate produce și cu doze minime, dar este mai frecventă la doze mari. Factorii genetici pot influența răspunsul imun sau metabolismul medicamentelor.

Boli intercurrente, ca nefropatii și hepatopatii, pot influența reactivitatea alergică a individului. Procesele inflamatorii sau traumatismele par să influențeze pozitiv eventuale sensibilizări. Vîrsta bolnavului pare să aibă o influență asupra procentului reacțiilor alergice, la bătrîni, datorită prezenței de leziuni degenerative în diverse organe. Sexul feminin predomină incidența iar personalitatea, psihicul și anxietatea bolnavului au un rol în creșterea incidenței (vezi „Muncitorul sanitar”, nr. 4/1987).

Practic orice medicament poate să inducă reacții alergice. Antibioticele constituie o principală cauză a manifestărilor alergice, penicilinele fiind de cele mai multe ori. Numărul crescut al persoanelor alergice față de antibiotice în general și față de peniciline în special se datorează utilizării lor excesive — chiar și în infecții virale unde nu sînt indicate, precum și în aplicații banale (instilații nazale, oculare) unde sînt contraindicate. Majoritatea reacțiilor alergice la penicilină se manifestă sub formă de erupții cutanate pruriginoase și angiodene. Pînă la 10 la sută din reacții sînt cu risc letal, datorită unui edem laringian, bronhospasm sau hipotensiunii. Penicilina V produce mai rar manifestări alergice; totuși ele sînt posibile, uneori avînd un aspect și evoluție gravă. Incidența reacțiilor alergice la penicilina V, după administrarea ei parenterală ar fi dublă, față de administrarea orală. Efitard și Moldamin — peniciline injectabile — produc, de asemenea, manifestări alergice care apar chiar în timpul injectării, dar nu sînt foarte grave. Ampicilina produce cel mai frecvent reacții alergice, care apar în cursul tratamentului sau după 1—2 săptămîni, lipsite în general de gravitate.

Idiosincrazia reprezintă o formă de alergie și denotă sensibilitatea deosebită a unor indivizi față de anumite substanțe (alimente, medicamente, produși biologici, diverse substanțe chimice) și se manifestă prin apariția imediată de prurit, urticarie, astm, edem, hipotensiune. Se previne prin evitarea contactului cu substanța respectivă și se tratează cu medicamente antialergice.

Diagnosticul reacțiilor alergice medicamentoase se bazează pe anamneză (informațiile date de bolnav în legătură cu consumul de medicamente). Testele cutanate nu sînt totdeauna concludente. Diagnosticul imunologic al alergiei medicamentoase, prin teste de laborator — laborioase și costisitoare —, oferă certitudinea că medicamentul respectiv este cauza alergiei medicamentoase. Pentru confirmarea, pe baza datelor obținute de la bolnav, a diagnosticului de alergie medicamentoasă, este necesar să reiasă că apariția simptomelor alergice medicamentoase sînt „legate” de folosirea unui anume medicament și nu de la prima administrare a acestuia, ci după mai multe administrări; este necesar ca încetarea folosirii medicamentului să ducă la dispariția simptomelor, iar readministrarea să determine reapariția simptomelor.

Incidența crește — și în creștere continuă — a alergiei medicamentoase, impune măsuri de profilaxie a îmbolnăvirilor prin: limitarea consumului de medicamente, în special a celor cu putere alergică mare; cunoașterea existenței în antecedente a unor reacții alergice medicamentoase și precizarea medicamentului, pentru evitarea administrării lui.

Tratamentul va fi indicat — de preferință — de medicul alergolog care, pe baza examenului bolnavului, a anamnezei riguroase și a unor eventuale testări de laborator, va da indicațiile necesare pentru starea prezentă, dar și pentru viitor, în primul rînd interzicînd medicamentul în cauză.

Conf. dr. doc. V. PETRESCU-COMAN



TERAPIA BIOCATALITICĂ

Enzimologia a dat la iveală modul de acțiune al microelementelor. Știm astăzi că toate reacțiile chimice în sistemul biologic necesită acțiunea mai multor enzime, care permit sau interzic aceste restricții, după nevoile organismului. Enzimele, diastazele, fermenții au ajuns termeni familiari. De câțiva ani, catalizatorii rețin din ce în ce mai mult atenția opiniei publice. Distincția între macrominerale (calciu, fosfor, clor, potasiu, sulf, sodiu și magneziu) și microminerale sau oligoelemente (cupru, zinc, seleniu, molibden, fluor, clor, iod, mangan, cobalt, fier) este, în mare măsură, arbitrară. Singura deosebire mai consistentă este aceea că microelementele au o semnificație structurală minimă, rolul lor fiind mai mult funcțional, în complexe cu enzime în concentrații de la 10^{-4} la 10^{-11} mol/l.

Oligoelementele (vitaminele minerale) sînt constituenți ponderabili minori, descoperiți prin cercetări moderne, alături de constituenții majori, care, pînă nu de mult, erau considerați ca singurele elemente necesare formării și echilibrului organismelor vegetale și animale (protide, grăsimi și zaharuri). Încă din 1964 R.V. Hay considera că din cele 840 de enzime cunoscute atunci (în prezent se cunosc 1 800 enzime), 27 la sută necesitau pentru activitatea lor metal, cofactori care stimulează activitatea catalitică, cum sînt Na^+ , K^+ , Mg^{2+} , Ca^{2+} , Fe^{2+} , Co^{2+} , Ni^{2+} , Cu^{2+} și Zn^{2+} . Reacțiile enzimatică cu metal-enzime sînt pînă la 10^9 — un miliard — de ori mai rapide, decît cele catalizate de către enzime fără metal sau de către ioni singuri. Procentul de metal-enzime a crescut continuu. Metodele perfecționate pot doza metalul, chiar la nivelul de 1 ppb — (1 mg la o tonă). Terapeutică prin oligoelemente folosește dozele de ordinul gama (gama fiind a milioana parte dintr-un gram). Se situează, deci, între alopatie și homeopatie.

Comprimatele de „POLIMINERALIZANT-S”, complex de săruri minerale (calciu, magneziu, iod, fier, potasiu) au acțiune biocatalitică și de înlocuire a pierderilor de electroliți, determinate de efort, căldură, altitudine, stări febrile a bolilor infecțioase, anemii, tetanii și astenii psiho-fizice.

Dintre oligoelementele necesare organismului, ne oprim asupra **iodului și iodurilor**. Cantitatea de iod în organism este de 20—50 mg. Concentrația cea mai mare se găsește în tiroidă (1 mg/100 g), rinichi (0,4 mg/100 g) și ficat (0,12 mg/100 g). Iodurile, în doze mici, corespunzătoare necesarului de iod pentru formarea hormonilor tiroidieni, se folosesc în scopul substituirii iodului insuficient din apă și alimente, respectiv pentru profilaxia și tratamentul gușii endemice simple. Funcția esențială a hormonilor tiroidieni este calorigenă, de mărire a metabolismului bazal. Aproape 40

la sută din producția de căldură se află sub control tiroidian.

Terapia naturistă (promovată de D.C. Jarvis) se ocupă de „cei 3 R — rezistentă, reparație și refacere — menționînd numeroasele prescripții ale iodului: antisclerotic (ocrotitor vascular, mai ales al vaselor groase pe care le face suple), hipotensor, antitoxic, depurativ. Între energia de care dăm dovadă și cantitatea de iod din corp există o legătură precisă; altă funcție constă în calmarea și liniștirea sistemului nervos. Iodul este unul din cei mai activi catalizatori de oxidare. Deși glanda tiroidă reușește să facă rezerve de iod, din singele care trece prin ea în fiecare 17 minute, ea poate să le și piardă dacă, de exemplu, consumăm apă care conține clor, sau folosim prea multă sare de bucătărie (datorită legii înlocuirii halogenilor: F-Cl-Br-I, cu greutatea atomică: 19, 35,5, 80 și 127, activitatea chimică a fiecăruia din aceste 4 elemente este invers proporțională cu greutatea atomică. Cunoașterea acestei legi chimice ne obligă să reflectăm asupra clorului care se adaugă la apa potabilă ca agent purificator).

În scopul substituirii iodului insuficient din alimente, ne stau la dispoziție comprimate de KI și soluție de iod (preparată pentru prima dată în 1880 de medicul francez Lugol). Găsim iod în: usturoi, ceapă, spanac, varză, morcovi, praz, napi, roșii, pere, struguri, ridichi, și gălbenuș de ou. O alimentație echilibrată în care procentul de vegetale naturale (nerafinate), folosite în special în stare proaspătă, este important, asigură un aport optim pentru toate micromineralele. Intemeietorul teoriei cu privire la alimentația cu vegetale crude a fost medicul elvețian Bircher-Benner.

În cartea „Cum să trăim fără a fi bolnavi”, autorul, dr. Günter, susține că legumele conțin enzimele și bioelementele esențiale pentru viață, care prin fierbere, se distrug. Cercetătorul american Edward Howell, încă din anul 1940, a descoperit că enzimele sînt purtătoare vieții, în măsura în care nu sînt omorîte prin fierbere. Așadar, să consumăm alimente bogate în enzime: germeni de grâu, germeni de ovăz, zarzavaturi fragede și crude — usturoi, ceapă, urzici, spanac, lobodă, varză, morcovi, pătrunjel, sfeclă roșie. S-a observat că o alimentație bogată în enzime dă chipului o înfățișare plină de prospețime, păstrează o elasticitate deosebită a pielii (mai bună decît orice „cremă antirid”).

Încheiem cu sfatul înțelept al lui Socrate: cumpătarea; el a lăsat expresia că „mănîncă numai ca să trăiască, în timp ce alții trăiesc ca să mănînce”. Socrate pleda pentru cea mai mare sobrietate la mîncare și băutură.

Farm. Mihaela PÂNCULESCU
Farm. Gheorghe NAFTAN

MAGNEZIUL ȘI VIAȚA

În corpul omenesc se găsesc metale răspândite în cantități diferite, cu funcții bine stabilite fără de care viața nu ar putea exista. Printre acestea se numără și magneziul (Mg), a cărui acțiune în organism a fost cercetată abia în ultimii 50 de ani. Astfel, trebuie reținut că în viața celulei și a țesuturilor magneziul este considerat cationul (metal în soluție) numărul 2, deficiențele în acest metal producând o serie întreagă de suferințe (spasmofilie, alergii, dispnee, dureri precordiale, cefalee, predispoziție pentru infarct, extrasistole etc.). Totodată, s-a constatat însă că și o cantitate mai mare de magneziu în țesuturi, poate să creeze tulburări ca: hipotensiune, depresie psihică etc.

Sub aspect fizico-chimic, magneziul se află 55—60 la sută ionizat (în soluție), 30 la sută legat de substanțe proteice, iar 10—15 la sută cuplat cu alte elemente. În caz de alcoolism, țesuturile nu mai au aceste cantități deoarece el se pierde, fără a se cunoaște mecanismul acestui fenomen. Oricum, este de reținut că atunci când în sine scade sub 0,7 mg la sută, se produc tulburări, tetanie, aritmie cardiacă etc.

Se pune pe bună dreptate întrebarea: care este rolul magneziului în organism? El este implicat în: excitabilitatea neuromusculară, echilibrul fosfor-calcii, metabolismul țesutului osos și stimularea fagocitozei prin formarea mai multor anticorpi. În același timp, prin acțiunea ce o are de a distruge fibrina, este un anticoagulant, fiind util în prevenirea unor boli de inimă. De asemenea, stimulează în celulă mitocondriile (corpusculii ce execută metabolismul celulei în acțiunea lor).

Referindu-ne la istoricul dezvoltării sale terapeutice, trebuie să amintim că încă din anul 1935 s-a observat că magneziul combate aritmia, fapt ce s-a neglijat un număr de ani, pentru ca mai târziu, lumea științifică să-și reamintească de această calitate a sa și să fie reluat în combaterea ei. Astfel, se știe că aritmia este provocată de mărirea excitației asupra stimulilor emiși de anumite focare din pereții inimii, producându-se o dereglare a echilibrului sodiului și potasiului. Acest fenomen se explică prin faptul că în interiorul celulei sînt ioni de potasiu iar în exteriorul ei ioni de sodiu (ionii sînt metale și metaloizi în soluție). Atît unii cît și ceilalți sînt într-o permanentă mișcare, traversînd fiecare, în ambele direcții, membrana celulară, mișcare ce se petrece într-o miime de secundă. Dar, uneori, ionii de calciu intră în interiorul celulei, blocînd această mișcare și producînd hipertensiunea arterială (deoarece ionii de sodiu sînt hidrofili). Ionii de sodiu fiind în interiorul celulei atrag apa din exteriorul ei, umflă celula și micșorează lumenul vaselor arteriale. Ionul de magneziu din interiorul celulei fiind antagonist ionului de calciu, îl

elimină pe acesta, restabilind echilibrul balanței sodiu-potasiu; în acest mod dispar hipertensiunea arterială și extrasistolele. În fine, mai trebuie știut că magneziul acționează și asupra numeroaselor enzime (fosfataza, carboxilaza, catalaza, oxido-reducere), ajutîndu-le în funcțiile lor.

O altă problema legată de magneziu ar fi alimentația. Omul se hrănește cu zaharuri și făinuri din plante, fabricate de către clorofilă cu ajutorul energiei solare, cu bioxidul de carbon luat din atmosferă și cu apa luată din pămînt. În compoziția clorofilei, ca element principal, este magneziul. Luînd în considerație acest lucru putem afirma că în hrana noastră magneziul joacă un rol important. Necesitățile zilnice în acest element, de 5 mg/kilocorp, sînt acoperite în totalitate de alimentele vegetale, bogate în clorofilă. Se recomandă în acest sens zarzavaturile verzi, fasolea care conține 52,8 la sută mgMg, brînză (4,6 la sută mgMg, nucile, făina, ouăle etc. Absorbția magneziului se face prin intestinul subțire, atîngînd valoare maximă la 2 ore după ingestie. Deficiențele lui se corectează consumînd pîine neagră, pîine intermediară sau iaurt amestecat cu tărîțe de grîu. Magneziul se elimină repede din organism prin urină și materiile fecale; de aceea, îl putem fixa în celulă cu vitaminele E și B6.

Acțiunea sa terapeutică diferă după maniera în care a fost administrat. Astfel, utilizate oral (pe gură), sărurile solubile de magneziu, ca sulfatul de magneziu (sare amară), citratul de magneziu (limonadă Rogé) sînt purgative. Sulfatul de magneziu necesită prudență în administrarea lui, în special pentru cei care nu sînt operați de apendicită, deoarece ar putea să le provoace neplăceri. O altă proprietate a sărurilor solubile, în special a salicilatului de magneziu, este reglarea fluxului vezico-biliar. Totodată, mai trebuie știut că sărurile insolubile, ca oxidul de magneziu (Magnezia usta), carbonatul de magneziu și silicatul de magneziu, corectează aciditatea stomacului, fiind antiacide.

Dacă se administrează parental (prin injecții), inhibă sistemul nervos central, cînd depășește concentrația de 2 la sută.

În general, compuşii de magneziu se folosesc ca purgativ, în tetanie, intoxicații cu acizi, aciditate gastrică, dermatite fără supurație etc. În cazul extrasistolelor rebele, cînd alte tratamente nu au dat rezultat, administrarea parenterală a sărurilor sale poate fi utilă. Întrucît, s-a constatat că diuretice, ca benzo-tia-diazinele (Nefrix), elimină magneziul din organism, spre deosebire de acetazolamida (Ederen); în această eventualitate, medicii iau din timp măsurile de prevenire.

De asemenea, pentru a evita formarea unor noi calculi cu săruri de calciu la rinichi, la cei ce suferă de acest lucru, se recomandă administrarea preventivă a sărurilor de magneziu.

Avînd în vedere poliacitivitatea magneziului în organismul nostru, putem afirma că fără el viața nu ar fi posibilă.

Farm. Napoleon ALBU



O invitație în toate anotimpurile

Situată la o altitudine de 350 m, într-o mică depresiune de pe ultimele ramificații ale Munților Apuseni, stațiunea balneoclimaterică Geoagiu-Băi are o existență atestată de peste 2 000 de ani, pe aceste locuri existând așezarea dacică Germi și apoi, sub stăpânirea română, Therme Dodone. **Apele sale minerale** (mezotermale — temperatura la izvor este de 29-33°C — bicarbonatate, calice, magneziene — cu urme de fier și hidrogen sulfurat — hipotone, ușor carbogazoase), **nămolul de turbă și climatul de cruțare** (cu ierni lipsite de geruri mari și vânturi puternice, precum și cu veri plăcute) o indică pentru numeroși suferinzi.

Astfel, Geoagiu Băi este indicată celor cu afecțiuni reumatismale cronice și degenerative (poliartrite, spondiloze) sau cu forme de reumatism abarticlar, celor cu afecțiuni ale sistemului nervos periferic (nevrite, polinevrite), cu tulburări circulatorii periferice, cu stări posttraumatice. De asemenea, convalescenților, celor cu astenii și nevroze de suprasolicitare.

Cura internă, cu apele minerale de la Geoagiu-Băi se recomandă în: afecțiuni gastrointestinale, gastrite, ulcere, colite, afecțiuni cronice hepatobiliare, afecțiuni ale aparatului renal (microlitiază și infecții ușoare ale căilor urinare).

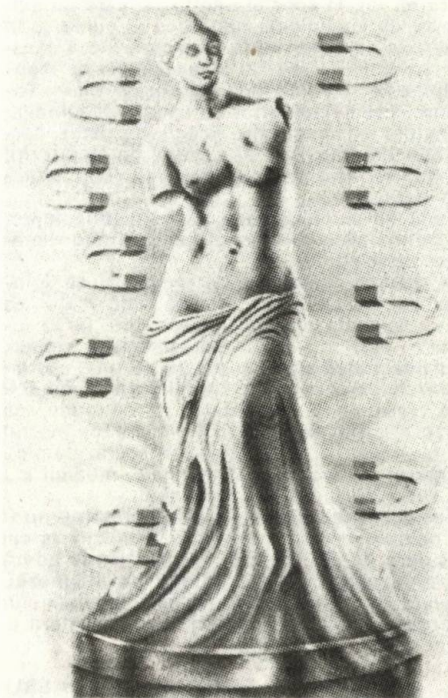
Bazele moderne de tratament (cu instalații de hidroterapie, hidro-multiterapie, hidro-electro-foto și termo-terapie, bai de plante, impachetări cu nămol, cultură fizică medicală și masaj) sînt completate vara cu stranduri termale în aer liber.

Hoteluri moderne și confortabile („Germisora” și „Diana”), vile de confort I și II, restaurante, braserii, o cofetărie, un complex de alimentație publică asigură condiții excelente de cazare și masă.

După orele dedicate procedurilor, oaspeții au la dispoziție o spațioasă casă de cultură (cu săli de spectacole, de lectură și de jocuri distractive), terenuri de sport, cinematograful.

Cura de teren se poate efectua în condiții excelente, amatorii de drumeție avînd posibilitatea să se deplaseze la numeroase puncte turistice. Săptămînal se organizează excursii la cetățile dacice și romane din județul Hunedoara, la Orăștie, Călan, Deva, Hunedoara, Brad și în comuna Aurel Vlaicu, la casa natală a pionierului aviației românești.

Informații cu privire la procurarea biletelor de cură balneară la Geoagiu-Băi se primesc de la **O.J.T. Hunedoara, Deva-Plața Unirii, nr. 1 tel. 956/13173**; filiala de turism Orăștie — str. Republicii nr. 28, la toate oficiile județene de turism, precum și la filialele ITHR București.



MEDICAMENTE MAGNETICE

Lichidele care în prezența unui cîmp magnetic se magnetizează și care i-au adus francezului Louis Néel Premiul Nobel, au numeroase aplicații. Combinarea proprietăților magnetice cu cele ale unui fluid au dat naștere la fenomene cu totul neobișnuite, printre care și acela de a modifica direcția de curgere a fluidului, de a fi dirijat pînă la locul dorit și stopat. Aceste caracteristici au determinat cercetătorii să studieze posibilitatea utilizării lui în medicină. În diverse laboratoare se încearcă acum realizarea unor medicamente care să poată fi dizolvate într-un fluid magnetic și injectate în circuitul sanguin. Cu ajutorul unor magneți, plasați în exteriorul corpului, medicamentul urmează a fi dirijat prin organism și imobilizat precis la locul stabilit de medic. Prin acest sistem se speră că vor putea fi folosite medicamente mai diluate, acestea ne mai avînd nevoie să străbată diverse țesături, care să le diminueze eficacitatea, și să evite organele pentru care ele ar fi contraindicate.

Aurel DIANU

MEDICAMENTE CU EFECT IMPREVIZIBIL

O mai veche maximă medicală spune că „deosebirea între aliment, medicament și otravă constă numai în doză”. Așadar, cantitatea de aliment, de medicament, de toxic, este determinantă pentru a produce omului, ființelor vii, chiar și plantelor, moartea.

S-ar putea porni în exemplificări de la unul din cele mai simple medicamente — clorura de potasiu, utilizată în bolile inimii, dar, care administrată fără discernământ, mai mult decât este necesar, poate da accidente mortale. Hiperpotasemia (hiperkalemie, exces de potasiu în sânge), care este, sub aspect simptomatic, asemănătoare cu hipopotasemia (nivel redus de potasiu în sânge), se caracterizează prin astenie, hipotensiune, confuzie mintală, parestezii (furnicături, amorțeli ale membrilor), palpări, bradicardie și aritmie cardiacă. Apar alterări electrocardiografice caracteristice, care pot culmina cu oprirea inimii. Hiperpotasemia prin supradozaj poate să apară mai ales pe fondul unor suferințe renale, ca anurie, și oligurie (oprirea sau reducerea eliminării urinei), care determină o excreție renală de potasiu (kaliu) necorespunzătoare.

Se poate adăuga și pericolul produs de medicamentele diuretice (Furanil, Furosemid, Nefrix etc), folosite în terapia hipertensiunii arteriale, pentru eliminarea lichidelor din organism. Acestea pot produce o deshidratare exagerată și îndepărtarea unor electroliti (sodiu, potasiu, magneziu, calciu ș.a.), indispensabile funcționării organismului uman. Apoi, medicamentele digitale, administrate ca tonice ale cordului (stimulează funcțiile inimii) în insuficiență cardiacă. Din cauza unei foarte stricte limite între doza de tratament și doza toxică, medicamentele cardiotonice (Deslanozid, Digitalină, Digitalis, Digoxin, Lanatozid, Nidacil, Strafontină și produsele vegetale respective) este posibilă producerea unui accident fatal.

Hipoglicemia datorată injectării insulinei poate, de asemenea, fi fatală. Tot așa, hemoragiile grave datorate anticoagulantelor (heparină, trombostop), dar chiar și antiagreganțele plachetare, inhibitoare de prostaglandine de tipul aspirinei, indometacinului, care se folosesc pentru prevenirea infarctului, a emboliilor vasculare.

Pentru aspirină, care se consideră că este medicamentul cel mai bine cunoscut, de curând s-a emis ipoteza că poate fi învinuită de apariția așa numitului sindrom Reye, descoperit în 1963. Această stare deosebit de gravă, cu mortalitate de 22—42%, care apare în urma unor boli virale (virusul Influenza tip B — generator de gripă etc), cu o incidență de 1—2, cazuri la 100 000 pacienți sub 18 ani (copii și adolescenți), se caracterizează prin encefalopatie (suferințe grave ale creierului) și degenerescență crasă a viscerelor (organelor interne) cu alterarea marcată a funcțiilor acestora. Inițial se credea că s-ar datora endotoxi-

nelor produse de germenii patogeni, apoi s-au bănuț unele chimicale din mediu, insecticidele, îngrășămintele etc, dar, ultima ipoteză, emisă în jurul anilor, 80, se referă la rolul aspirinei, a salicilaților, ca factori de risc pentru apariția acestei boli.

Intoleranța unor organisme față de anumite medicamente alergizante poate fi cîteodată înțrătit de accentuată, încît pacientul își pierde viața prin șoc anafilactic. Aici se pot da foarte multe exemple, dar, esențial, este că orice om trebuie să evite tratamentul cu acele medicamente la care a constatat că prezintă manifestări alergice.

Pentru unele medicamente un număr redus de persoane formează anticorpi, care produc anomalii la nivelul măduvei osoase, cu rol hematopoietic (de formare a elementelor sanguine circulante — globulele roșii, leucocitele, trombocitele ce au funcții fiziologice bine definite). Cazurile de anemii induse de medicamente sînt destul de rare, dar ele nu pot fi neglijate, deoarece, datorită aplaziei medulare, moartea survine, mai curînd sau mai tîrziu, prin anemie hemolitică (hemoragie, hemoliză, distrugerea globulelor roșii), leucemii și alte tulburări ireversibile. Asemenea stări apar de obicei, pe fondul unor particularități genetice de metabolizare deficioasă a anumitor medicamente. Dintre acestea se pot cita antibioticele, mai ales cloramfenicolul (uneori este riscontă și aplicarea topică locală, îndelungată), ca și rifampicina, antibiotic util în tratarea tuberculozei, care poate produce trombocitopenie (reducerea numărului de trombocite cu rol în coagulare), în special pe fondul unui alcoolism cronic. De adăugat aici și chinina, chinidina, unele sulfamide, P.A.S.-ul, fenacetina, piramidonul, clorpromazina, hidrazida izonicotinică (H.I.N.). Pericolul față de aceste medicamente este mare la persoanele cu funcții hepatice și renale alterate sau la copiii prematuri.

Pînă aici exemplificările s-au referit la grave stări acute, dar dacă am adăuga și acele stări grave, care se instalează în timp îndelungat, tulburarea se produce lent — medicamentele cancerigene, de pildă — subiectul devine greu epuizabil.

Chiar din aceste destul de restrînse exemple, o concluzie este fără tăgadă — procurarea medicamentelor cu mare risc fără o prescripție judicioasă, bine chibzuită, este o greșală de neiertat.

Administrarea unor atari medicamente este justificată numai după o atentă cumpănire între profit și posibilul risc, numai sub supraveghere medicală competentă, cînd administrarea este monitorizată (măsurată) prin controlul de specialitate al parametrilor individuali expuși medicamentului cu potențial nociv.

Farm. Silvia CHERECHES
cercetător științific I.C.S.M.C.F.



ORICÎND, BUCUROȘI DE OASPEȚI

Un popas în „dulcele tîrg al leșilor” ofera oaspeților săi numeroase și plăcute dovezi ale continuității lui întineririi. Marele oraș moldav, așezat pe cele șapte coline din preajma Bah-luiului, îi întâmpină nu numai cu emoționante mărturii ale trecutului, prezente la fiecare pas, dar și cu cele ale dezvoltării sale impetuoase din ultimele două decenii: bulevarde largi străjuite de construcții moderne, noi cartiere de locuințe, magazine elegante și numeroase unități de alimentație publică.

Unele din aceste unități, deși împrăspătate prin adoptarea unor reușite soluții arhitectonice, păstrează intimitatea și specificul localurilor care altădată au fost locuri de întâlnire ale unor cunoscuți scriitori, oameni de artă și cultură. De exemplu, „Bolta Rece”, care datează din vremea lui Ștefan cel Mare, era locul preferat al poetului Mihai Eminescu și al povestitorului Ion Creangă. Aici, oaspeții pot servi tradiționalele preparate culinare moldovenești, realizate pe baza principiilor alimentației științifice și ale utilizării eficiente a carniilor, peștelui, legumelor și fructelor.

Ore plăcute, cadru elegant, atmosferă intimă, prielnică evenimentelor deosebite, dar mai ales meniuri delicioase, oferă și alte restaurante ale Iașului, cum sînt „Arcu”, „Bucegi”, „Casa Vinătorului”, „Cina”, „Cotnari”, „Dunărea”, „Familial”, „Podu Roș”, „Select”, „Zîmbrul”, terasele „Brezu”, „Bucium”, „Cîrnic”, „Strand” și altele.

La gama acestor restaurante s-au adăugat, în anul 1986, două unități „pensiune”, destinate exclusiv celor mai mici consumatori: pionierii și elevii. Deschise din inițiativa Întreprinderii Comerciale de Stat pentru Alimentație Publică-Iași, cele două unități — „Prichindel”, situat la etajul cofetăriei „Trandafirul”, și „Așchiuță”, din cartierul Alexandru cel Bun — oferă zilnic două variante de meniuri, fiecare constînd din două feluri de mîncare și un de-

sert „de casă”, totul la prețul de 11 lei. Inițiativa s-a bucurat de bune aprecieri, sute de copii servind zilnic aici masa de prînz.

În același timp, numeroase unități tip „Gospodina” — între care „Central”, „Expres”, „Podu Roș”, „Teiul”, cele din piețele Independenței și Voievozilor, din Bulevardul Independenței și de la Complexul „Super Copou” — pun la dispoziția consumatorilor o paletă variată de preparate și semipreparate culinare gustoase, create pe baza unor rețete originale.

O prezență notabilă o constituie și unitățile de patiserie-cofetărie. Dintre acestea menționăm patiseria „Podu Roș” din piața cu același nume, care alături de produsele de profil pune în vinzare și bomboane cu forme deosebite, mult apreciate atît de copii cît și de adulți.

Realizările și inițiativele Întreprinderii Comerciale de Stat pentru Alimentație Publică Iași se înscriu în efortul unanim al oamenilor muncii din acest oraș de a contribui la creșterea continuă a nivelului de trai al populației. Ele sînt îndeplinite de un colectiv de oameni entuziaști și pricepuți în realizarea unui comerț modern, prompt și civilizât, care se străduiesc să îmbogățească continuu oferta sortimentală, propunînd consumatorilor o gamă largă și variată de preparate și semipreparate culinare.

Preocupăți permanent ca beneficiarul activității lor — marele public — să fie bine servit, să se simtă excelent și să petreacă clipe de neuitat în restaurantele, terasele, cofetăriile și patiseriile din binecunoscutul oraș, harnicii lucrători ai Întreprinderii Comerciale de Stat pentru Alimentație Publică-Iași sînt oricînd bucuroși de oaspeți.

De aceea, vă adresează și dv., stimați cititori, invitația de a le fi oaspeți de cîte ori vă găsiți în acest oraș. Veți fi bine primiți și serviți, vă veți simți excelent și veți petrece clipe de neuitat.

CERCETĂRI ASUPRA MENOPAUZEI



Prin climacterium înțelegem încetarea fiziologică, datorită vârstei, a funcției genitale, atât la bărbat cât și la femeie, și ansamblul tulburărilor care o însoțesc. La femeie climacterium este sinonim cu menopauza iar la bărbat cu andropauza.

Menopauza este deci perioada de tranziție a vieții feminine intercalată între perioada procreativă și cea neprocreativă. Este un fenomen fiziologic complex, care se manifestă, în primul rând, prin oprirea fluxului menstrual. Cercetări recente ale O.M.S. arată că acest fenomen apare în medie la 48 de ani, dar poate surveni și la 40 de ani sau mai târziu, după 55 de ani. Instalarea precoce a menstruației este urmată de o menopauză tardivă. La celibatate, fumătoare, la altitudine de peste 2-3 000 metri și în alte condiții menopauza se instalează precoce.

Cu un an înainte de oprirea definitivă a menstruației există o perioadă de tranziție; cei mai mulți cercetători numesc menopauză numai această perioadă, când începe să scadă activitatea ovariană și intervalele intermenstruale se modifică: apar la 15 zile, altele la 2-3 luni, uneori cu hemoragie puțin abundentă timp de 1-2 menstruații, apoi cu hemoragie abundentă.

Imediat după menopauză, cantitatea de hormoni suferă modificări. Estrogenii încep să scadă încă din ultimele două decenii care preced menopauza. După menstruație, deși ovarul nu mai secretă estrogeni, ei sînt însă prezenți în sînge și provin din transformarea unor hormoni androgeni secretați de glandele suprarenale.

Femeile privesc în mod diferit instalarea menopauzei: femeia americană o privește cu teamă, întrevăzînd regresivitatea ei într-o societate axată pe tinerete, în timp ce femeia indiană se vede eliberată de multe limitări anterioare și așteaptă o situație socială mai ridicată; femeia arabă speră că bărbatul ei va manifesta un interes mai mare pentru ea după menopauză; europencele se preocupă mai puțin de această perioadă din viața lor.

Menopauza determină tulburări multiple în organismul femeii: valuri de căldură cu creșterea temperaturii cutanate, transpirații nocturne, tulburări de sexualitate și psihice (nervozitate, iri-

tabilitate, depresie), insomnie, palpitații, tulburări urinare, modificări cutanate, hemoroizi genitali, osteoporoză, ateroscleroză etc.

Valurile de căldură pot fi declanșate de evenimente de ordin afectiv și sînt produse de o descărcare simpatică.

Tulburările psihice sînt produse de carențe în estrogeni, care determină mai ales depresii.

Tulburările de sexualitate. După menopauză scade libidoul (dorința de satisfacere a instinctului sexual), cel puțin în primul an după instalarea menopauzei, când femeia prezintă un declin al interesului pentru sexualitate. Femeia la menopauză se plînge de uscăciunea vaginului și de dispareunie (dureri violente în cursul raportului sexual). După 2-3 ani de la instalarea menopauzei urmează o perioadă mai stabilă, care poate fi însoțită de o revenire a sexualității. Estrogenii sînt indispensabili pentru a menține un epiteliu vaginal normal. Uscăciunea vaginului apare ca urmare a vascularizației deficitare a peretelui vaginal, produsă de reducerea cantității de estrogeni. În insuficiența durabilă de estrogeni, epiteliul vaginal devine atrofic, fibros, vaginul se strîmtează în calibrul, se scurtează în lungime și devine sensibil la traumatisme, din cauza epiteliului subțiat.

Testosteronul (hormon responsabil de apariția și dezvoltarea caracterelor sexuale la bărbat) este considerat ca hormonul libidoului la bărbat ca și la femeie. Menopauza produce o ușoară scădere a cantității de testosteron circulant, care ar putea să contribuie la declinul sexualității. Androgenii (testosteron, androsteron - substanțe hormonale produse de testicul, ovar și corticossuprarenale) scad cu circa 40 la sută după menopauză, ca urmare a scăderii funcției ovariene. În concluzie, declinul sexualității după menopauză este produs, în parte, de jena vaginală determinată de diminuarea estrogenilor.

Insomnia este produsă tot de o insuficiență estrogenică.

Tulburările urinare. Insuficiența estrogenică produce reacții analoage epiteliului vaginal asupra trigonului vezical (porțiunea dintre cele două orificii ureterale și colul vezical, locul pe unde iese urina din vezică) și ureter, pentru că toate

aceste organe au aceeași origine embriologică. Pot apare tulburări, ca polachiurie (urinare frecventă) și imperiozitate (imposibilitate de a reține urina, odată simțită nevoia de urinare).

Modificări cutanate. Pielea îmbătrânește normal sub acțiunea diversilor factori fizici și mai ales a razelor ultraviolete. Absența estrogenilor accentuează acest proces.

Hemoragiile. Pierderile de sînge care se produc prin vagin după 12 luni de amenoree (lipsa menstruelor) impun supraveghere; în peste 85-90 la sută din cazuri sînt menstrue neregulate și pot dura cîteva luni sau ani. Aceste sîngerări, capricioase și independente de orice maladie locală sau generală, sînt numite metroragii funcționale. Pot fi produse și de un tratament puternic dozat cu estrogeni, care produce o hiperplazie (creșterea numărului celulelor) a endometriului (mucoasa uterină). Un tratament cu Progesteron reduce hiperplazia mucoasei uterine și determină dispariția sîngerărilor. Hemoragiile produse de estrogenoterapie produc totdeauna îngrijorare și este indicat un examen medical pentru a stabili cauza și a începe tratamentul.

Osteoporoza (proces de rezorbție osoasă cu demineralizare) poate apare după menopauză și constituie un risc de fractură. Este produsă de tulburări în metabolismul calciului. Se produce un transfer al mineralelor din oasele scheletului spre plasmă și urină (calciul din plasmă și din urină crește). Se presupune că estrogenii ar avea un efect protector asupra osului. Scăderea estrogenilor după menopauză sensibilizează osul la acțiunea rezorbanță a hormonului paratiroidian. Osteoporoza după menopauză crește numărul de fracturi, localizate mai ales în trei locuri: extremitatea inferioară a radiusului, extremitatea superioară a femurului și vertebre.

Maladia aterosclerotică (depunerea de lipoizi și colesterol pe pereții arterelor). Menopauza produce o creștere a cantității de colesterol și trigliceride serice (compuși din glicerină și acizi grași). Pierderea funcției ovariene face, deci, să crească factorii de risc privind cardiopatia ischemică.

Este indicat un tratament al acestor tulburări produse de menopauză? Perioada de menopauză face parte din procesul normal de îmbătrînire și nu impune nici o intervenție terapeutică dacă nu apare o maladie care necesită tratament. Această atitudine este adoptată de majoritatea cercetătorilor și socotim că este cea mai cuminte. Mai ales că există un subiect foarte controversat: unii cercetători cred că riscul cancerului de endometru și de sîn ar crește prin folosirea estrogenilor.

Indicația majoră a estrogenoterapiei după menopauză o constituie osteoporoza, pentru că diminuează riscul de fracturi. Este bine ca întîi să se recurgă la tratamente ne hormonale, ca activitate fizică, calciu, vitamina D (sau lumină solară), alimentație echilibrată etc. și numai la eșecul lor să se înceapă estrogenoterapia.

În celelalte tulburări ale menopauzei indicațiile sînt relative: numai la o accentuare a acestor tulburări se recurge la estrogenoterapie, cu doze

Dr. Traian CARACAȘ

(Urmare în pag. 164)

FITOTERAPIE PENTRU VÎRSTNICI

S-a răspîndit în ultima vreme tot mai mult expresia „vîrstă a III-a”. Eu n-o privesc numai ca un semn de firească delicatețe, căci parcă acest cuvînt „bătrîn” lovește, te duce fără să vrei cu gîndul spre un zenit mai aproape sau mai departe de tîrmul neființei, dar și ca pe o realitate biologică. Bătrînețea este o stare de spirit, care se răsfrînge și în fiziologie. Sînt tineri bătrînicosi în concepții, în felul de a fi, premisa fiind lipsa unui orizont social, profesional, cultural, lipsa unui țel, după cum vedem adesea persoane, cu un număr respectabil de ani, pline de energie, antrenînd din plin și pe alții.

Și totuși la această „vîrstă a III-a” uzura unor țesuturi, sensibilitatea lor crescută, fac necesar un regim de viață mai aparte, de cruțare, iar unele afecțiuni organice se instalează cu mai multă frecvență, deși le întîlnim și la alte vîrste.

Fără a fi vorba de un tratament gerontologic propriu zis, „farmacia verde” oferă numeroase soluții adjuvante care au marele avantaj de a nu avea în general contraindicații, reacții adverse sau intoleranțe. Se folosesc în cure de lungă durată, chiar de întreținere. Ca opțiune generală, sînt de preferat ceaiurile combinate, deoarece la acestea se manifestă acțiunea complementară și sinergică a mai multor specii.

I. FITOTERAPIA APARATULUI CARDIOVASCULAR

În arsenalul terapeutic al afecțiunilor cardiovasculare, plantele medicinale au o pondere însemnată, foarte multe din medicamente folosite curent în aceste cazuri avînd ca materie primă Degetelul lînos (*Digitalis lanata*) sau cel roșu (*Digitalis purpurea*), Saschiul (*Vincetoxicum*), Ruscutea de primăvară (*Adonis vernalis*), Lăcrămioara (*Convallaria majalis*) și alte specii.

Există și numeroase plante care se pot folosi ca adjuvante, sub formă de ceaiuri, tincturi etc. dînd rezultate bune în cure de durată.

1.1. Afecțiuni cardiace cu substrat nervos

Plantele utilizate au proprietăți sedative generale, manifestîndu-se cu efecte favorabile în unele tulburări neurovegetative ale inimii (de ritm cardiac, palpații, senzații dureroase, nevroză cardiacă). Cel puțin una dintre administrări se face seara. Efectele cele mai accentuate se atribuie următoarei „triade” de specii medicinale: **Flores, Follum et Fructus Crataegi** (flori, frunze și fructe de Păducel). Reținînd tulburările de natură nervoasă ale inimii, se recomandă în completarea tratamentului cu digitale, iar în cazuri mai simple, incipiente, pot chiar înlocui tratamentul cu acestea. Se fac infuzii cu o linguriță la cană, cantitate care se bea în cursul unei zile. **Herba Leonuri** (Talpa gîștii), ca infuzie cu o linguriță la cană; se bea 2 căni pe zi, dintre care una seara, în cure de cîte o săptămînă **Radix Valerianae** (radăcina de Valeriana), sedativ general cu efect deosebit mai ales în palpații, ca infuzie, cu o linguriță la cană; se bea treptat în cursul unei zile.

Pentru cazul în care aportul de lichide este recomandat a fi limitat, se pot folosi tincturi (20 g plantă macerată 7—8 zile în 100 ml alcool), cîte 10—20 picături de 2—3 ori pe zi.

Se mai pot utiliza: **Flores Lavandulae** (flori de Levantică), cu acțiune sedativă, ca infuzie cu 1/2—1 linguriță la cană, 2—3 căni pe zi. **Ceai calmant împotriva tulburărilor cardiace** — care cuprinde toate speciile de baza — ca infuzie cu o linguriță la cană; se iau 2 căni pe zi, dintre care una seara cu 20—30 minute înainte de culcare.

2. Ateroscleroză

Fără a exista propriu-zis plante cu acțiune directă, se influențează aspecte care sînt legate de acest proces patologic complex.

a. **Plante cu proprietăți antihipertensive și antispasmodice: Follum Visci** (frunze de Visc) considerate ca principalul produs antihipertensiv, sub formă de macerat la rece, cu 2—3 lingurițe de plantă, care se lasă cca. 8 ore în 0,5 l. apă, se strecoară, se îndulcește și se bea în cursul unei zile; **Flores, Follum et Fructus Crataegi** (flori, frunze și fructe de Păducel) (vezi I. 1.); **Herba Bursae pastoris** (Traista ciobanului) — infuzie cu o linguriță la cană, din care se bea 2—3 căni pe zi.

b. **Plante care intervin în scăderea nivelului colesterolului în sînge prin influențarea metabolismului acestuia la nivelul ficatului: Follum Cynarae** (frunze de Anghinare) — infuzie cu o lingură la 0,5 l. apă; jumătate din cantitate se bea dimineața pe stomacul gol, după care se sta în repaus, culcat pe partea dreaptă, jumătate de oră, restul cu cca. 30 minute înainte de mesele principale. Se fac cure progresive de 20—30 zile (pornindu-se cu cantități mici), cu pauze de o lună.

c. **Plante care favorizează eliminarea colesterolului prin urină: Follum Betulae** (frunze de Mesteacăn) sub formă de infuzie cu 1 1/2—2 lingurițe la cană, în cursul răcirii adăugîndu-se pentru neutralizare un vîrf de cuțit de bicarbonat de sodiu. Se bea 2 căni pe zi. **Follum et Herba Taraxaci** (Păpădie), ca infuzie cu 1—2 lingurițe la cană; se iau 2—3 căni pe zi. Se pot face ceaiuri cu amestecuri din plante din cele trei grupe.

1.3. Hipertensiune arterială

Plantele medicinale acționează ca adjuvante în mai multe direcții, influențînd ritmul cardiac și provocînd o vasodilatare fie la nivelul arterelor mari, fie la nivelul circulației periferice. **Follum Visci** (frunze de Visc) au efecte deosebite, însă nu pot fi suportate de cei cu leziuni cardiace, avînd unele substanțe toxice. În cazul apariției unor tulburări de ritm cardiac (artimie) se întrerupe tratamentul (vezi I.2.). **Flores, Follum et Fructus Crataegi** (flori, frunze și fructe de Păducel) (vezi I.1.) **Herba Hyssopi** (Isop) — scade presiunea sanguină datorită dilatației arteriale; se fac infuzii cu 1—2 lingurițe la cană. Se bea 2 căni pe zi. **Herba Leonuri** (Talpa gîștii) duce la scăderea tensiunii prin reglarea ritmului cardiac și a presiunii singelui. (vezi I.1.) **Herba Meliloti** (Sulfina) acționează prin dilatarea vaselor periferice; infuzii cu o linguriță la cană, 2 căni pe zi. **Follum Cynarae** (frunze de Anghinare) (vezi I.2.), **Herba Bursae pastoris** (Traista ciobanului) contribuie la normalizarea tensiunii atît în cazul celei crescute, cît și în cea scăzută. (vezi I.2.)

Eficiența tratamentul fitoterapeutic crește prin asocierea folosirii usturoiului fie ca atare în alimentație, fie sub forme farmaceutice (decoct, tinctură, sirop sau adaus în formule de ceai).

II. FITOTERAPIA APARATULUI DIGESTIV

În afara multor afecțiuni sau simptome comune tuturor vîrstelor (colite, enterite, constipații, colici ș.a.) luăm în considerare cîteva cu o frecvență mai mare la vîrsta a treia.

II. 1. Anorexie (lipsa poftei de mîncare)

Pentru stimularea secreției gastrice se folosesc plante cu proprietăți aperitive sau tonice-aperitive, cel mai adesea cu principii amare, dar și plante aromatice. Se iau cu circa o jumătate de oră înainte de mese. Dintre speciile cu substanțe amare menționăm următoarele: **Radix Gentianae** (radăcină de Ghintură), ca decoct cu 1/2 linguriță la cană; se bea cîte un sfert de cană înaintea meselor principale. **Herba Absinthii** (Pelin) — cel mai răspîndit tonic-amar (nu se va lua în cure îndelungate, provocînd tulburări nervoase și digestive). Se fac infuzii cu o linguriță la 1/2 l. apă; se bea cîte un sfert de cană bine îndulcită, înainte de mesele principale. **Herba Cnici** (Schindel) — produce o secreție încrețită, dar de lungă durată a sucului gastric; din infuzia cu o linguriță la cană se ia cîte un sfert de cană înainte de

mese. Cu aceleași concentrații și același mod de administrare se recomandă și **Lichen Islandicus** (Lichen de piatră) — cu acțiune de stimulare; totodată pentru secrețiile biliară și pancreatică, **Herba Marrubii** (Unguraș), **Flores Millefolii** (flori de Coadă șoricelului), **Folium Cynarae** (frunze de Anghinare), ș.a. Pentru cei care nu pot suporta gustul intens amar al tuturor acestor specii, se pot folosi tincturi (20 gr macerate 7—8 zile în 100 ml alcool) din care se iau câte 15—20 picături pe o bucată de zahăr, înainte de mesele principale.

Dintre speciile aromatice: **Fructus Anisi**, **Coriandri**, **Foenicului** (fructe de Anason, Coriandru, Fenicul) — bogate în uleiuri volatile, deosebit de plăcut aromatice, ca infuzii cu o jumătate de linguriță la cană, 2 cani pe zi înainte de mese. **Herba Majoranae** (Măghiran) — infuzie cu o linguriță la cană, 2 cani pe zi, înainte de mese. **Herba Origani** (Sovirv) și **Herba Hyssopi** (Isop) — îmbină avantajele plantelor amare cu ale celor aromatice; infuzii cu 1—2 lingurițe la cană, 2 cani pe zi.

* Mai stimulează secreția gastrică prin acțiune hiperemiantă la nivelul mucoasei gastrice **Semen Sinapis albae** (semințe de Muștar alb), luate întregi, câte o linguriță pe zi, cu puțină apă. Din cealaltă tonic-aperitiv, în care se regăsesc multe din speciile amintite, ca infuzii cu o linguriță la cană, se beau 2 cani pe zi, cu jumătate de oră înainte de mesele principale.

II.2. Diskinezie biliară

Fiind o tulburare motorie care împiedică evacuarea bilei din vezica biliară în dischinezia biliară (de la grecescul dys=difficil, kinesis=mișcare), pentru fitoterapia ei se recomandă numeroase plante cu efecte coleretice și colagene (de mărire a secreției biliare și de ușurare a evacuării bilei). **Folium Cynarae** (frunze de Anghinare) reprezintă cel mai important produs al „farmaciei verzi” în acest sens, creindu-se chiar termenul de „cynaroterapie”, fiind considerată planta cea mai importantă pentru cei ce au depășit 50 de ani. (vezi I. 2.). **Folium Menthae** (frunze de Menta) — infuzie cu o linguriță la cană, 1—2 cani pe zi. **Folium et Herba Taraxaci** (frunze de Păpădie), vezi I.2.) **Herba Chelidoni** (Rostopască) — infuzie cu 1/2 linguriță la cană, luându-se 1—2 linguri la 3 ore (se evită supradozarea sau administrarea unor cantități mai mari, deoarece poate avea acțiune toxică). **Herba Hyperici** (Sunătoare) — infuzie cu o linguriță la cană, 2—3 cani pe zi. **Folium Salviae** (frunze de Salvia) — infuzie cu o linguriță la cană, cantitate care se bea în cursul unei zile. **Herba Marrubii** (Unguraș) — (vezi I.1.) **Herba Centaurii** (Tihtaură) — (vezi II.1.) **Flores Millefolii** (flori de coada șoricelului) — infuzie cu două linguri la 1/2 litru, cantitate care se bea în cursul unei zile. **Herba et Radix Cichorii** (partea aeriană și rădăcina de Cicore), infuzii cu 1—2 lingurițe la cană, se beau 2 cani pe zi. **Ceai hepatic** — combinație din 10 specii cu efecte coleretice, colagene, antispastice și antiinflamatoare. Se face decoctie scurtă (1—2 min.) cu o lingură la cană, lăsându-se încă 10—15 min. la infuzat.

Se iau 2—3 cani pe zi, cu jumătate de oră înainte de mese.

II. 3. Stimulente ale funcției hepatice

Sînt cuprinse plantele cu proprietăți hepatoprotectoare și chiar care contribuie la regenerarea celulei hepatice, utile ca adjuvante ale tratamentului celor care au ficatul sensibilizat în urma unor hepatite sau altor afecțiuni hepatice. Se beau calde, bine îndulcite (de preferință cu miere), în cure de întreținere de lungă durată. **Fructus Cardui mariani** (fructe de Armurariu) — intrate recent în arsenalul fitoterapeutic, constituie o adevărată revelație. Se fac infuzii cu fructe măcinate în prealabil, 1 1/2 linguriță la cană; se beau două cani pe zi: prima, dimineața pe stomacul gol, stîndu-se culcat pe partea dreaptă 20—30 minute iar a doua în două reprize, înainte de mese. Se fac cure de 15—20 zile cu pauze de 10—15 zile. Se recomandă prudență pentru hipertensivi. **Herba Serpylli et Thymi vulgaris** (Cimbrisor de cîmp și Cimbru de cultură) — infuzii cu 1—2 lingurițe la cană, 2 cani pe zi. **Herba Melliloti** (Sulfină) — cu rol în regenerarea celulei hepatice, infuzii cu o linguriță la cană, 1—2 cani pe zi. **Herba Cnici** (Schindel) — (vezi II.1.) **Herba Hyperici** (Sunătoare) — (vezi II.2.) **Flores Millefolii** (flori de coada șoricelului) — (vezi II. 2.) **Lichen Islandicus** (Lichen de piatră) — (vezi II.1.) **Herba Chelidoni** (Rostopască) — (vezi II.2.) **Flores Chamomillae** (flori de Mușetel) — infuzie cu 1—2 lingurițe la cană, 1—2 cani pe zi.

III. FITOTERAPIA APARATULUI RESPIRATOR

S-a luat în considerare astmul bronșic ca avînd o incidență mai mare în raport cu vîrsta. Fitoterapia se bazează în principal pe substanțe active care calmează spasmul specific ale musculaturii bronhiilor, ca și ușurarea expectorației, iar în secundar sedative nervoase generale, vasodilatatoare, antiseptice. Toate ceaiurile se administrează numai calde.

Dintre speciile cu acțiune antispasmodică: **Herba Serpylli et Thymi vulgaris** (Cimbrisor de cîmp, Cimbru de cultură) — (vezi II.3.) și **Herba Marrubi** (Unguraș — vezi I. 1) calmante ale spasmelor, **Herba Leonuri** (Talpa giștii) — aduce o liniștire a stărilor de sufocație — (vezi I.1.); **Herba Hyssopi** (Isop) și **Herba Origani** (Sovirv) — (vezi II.1.) **Folium Visci** (frunze de Visc) — au rol secundar față de acțiunea hipotensivă și rol principal antispasmodic (vezi I.1.), **Fructus Foeniculi** (Fructe de Fenicul) — (vezi II.1.), **Radix Inulae** (rădăcina de Iarbă mare) — cu acțiune antispasmodică și antitusive marcată, ca decoct concentrat cu 3—4 linguri la cană, se iau numai câte 3—4 linguri pe zi.

Dintre speciile cu acțiune emolientă: **Folium Plantaginis** (frunze de Pătlagină) și **Flores et Folium Farfarae** (flori și frunze de Podbal) — infuzii cu o lingură la cană, 1—2 cani pe zi. **Ceaiul antiasmatic**, cu specii din ambele categorii, infuzie cu 1—1 1/2 lingurițe la cană; 2—3 cani pe zi, în cure de lungă durată.

În fine, singurele țigări recomandate medicinal, țigările antiastmatice, se folosesc în perioadele acute de la greutate în respirație până la sufocare. Produc o dilatare a bronhiilor, liniștire a spasmelor, creștere a ventilației pulmonare, uneori fiind necesare numai câteva fumuri.

IV. FITOTERAPIA APARATULUI GENITAL

Pentru vîrsta a treia am considerat a fi utilă să cităm la femei fitoterapia tulburărilor de menopauză, iar la bărbați cea a prostatitelor.

IV. 1. Tulburări de menopauză

Fitoterapeutic se recomandă plante cu acțiune în reglarea tulburărilor de natură nervoasă (cu deosebire cele de ritm cardiac), precum și plante cu priorități hemostatice. Se fac cure de lungă durată, pînă se traversează perioada critică și se ajunge la o stabilizare. Se recomandă combinarea speciilor din ambele categorii.

Dintre speciile cu acțiune în reglarea tulburărilor neuro-vegetative, se recomandă în principal **Flores**, **Folium et Fructus Crataegi** (flori, frunze și fructe de Păducel), **Radix Valerianae** (rădăcini de Valeriană), **Herba Leonuri** (Talpa gîștii vezi I.1.).

Dintre speciile cu acțiune antihemoragică: **Stigmata Maydis** (mătase de Porumb) — infuzie cu o linguriță la cană, 2 căni pe zi. **Flores et Herba Lamii albi** (flori și partea aeriană de Urzică moartă albă) — infuzie cu o 1/2 (respectiv 1 1/2 lingurițe la cană) 1—2 căni pe zi.

IV.2. Prostatite

Pot fi influențate favorabil de plantele cu acțiune diuretică, printre care **Folium Betulae** — (frunze de Mesteacăn), **Folium Fraxini** (frunze de Frasin), **Stigmata Maydis** (mătase de Porumb), **Herba Polygoni** (Troscot), **Stipites Cerasorum** — cozi de ciureș — ca și ceaiurile diuretice combinate. Există însă și un tratament adjuvant specific: **Flores et Herba Lamii albi** (flori și partea aeriană de Urzică moartă albă, vezi IV.1.).

Deosebit de promițătoare sînt rezultatele obținute de colectivul clujean, coordonat de conf. dr. Petcu și conf. dr. Petrișor, privind utilizarea speciei **Xanthium spinosum** (Holeră sau Ghimpe), cu care autorii au rezultate bune atât postoperator, cît și în evitarea acțiunii operator.

Se citează efectul favorabil al folosirii în alimentație a cepei crude în cantități crescute.

V. FITOTERAPIA DE ECHILIBRARE METABOLICA

V.1. Diabet zaharat

Unele plante medicinale conțin principii active hipoglicemiant, putînd fi adjuvante prețioase, în cure de întreținere de lungă durată. Ceaiurile se beau, desigur, neîndulcite sau îndulcite cu zaharină, de regulă înainte de mesele principale. **Folium Myrtilli** (frunze de Afîn) — reprezintă principalul adjuvant, conținînd o substanță activă — mirtiliina, supranumită și „insulină vegetală”. Experiențele făcute pe

animale de laborator, cu pancreasul extirpat, au dus la supraviețuirea timp de peste o lună a celor cărora li s-a dat ca lichid de întreținere o infuzie de frunze de afîn. În timp ce celelalte au murit la intervale scurte. Se fac infuzii cu o lingură la cană, luîndu-se 2 căni pe zi. **Folium Salviae** (frunze de Salvie) — vezi II.2.). **Folium Cynarae** (frunze de Anghinare) scad glicemia probabil datorită unei oxidaze — (vezi I.2.). **Folium Mori** (frunze de Dud) — infuzie cu 1—2 linguri la cană, 2—3 căni pe zi. **Folium Juglandis** (frunze de Nuc) — infuzie cu o linguriță la cană, 2 căni pe zi. **Folium Urticae** (frunze de Urzică) — infuzie cu o lingură la cană, 2—3 căni pe zi. **Radix Bardanae** (rădăcini de Brusture) — decoctie scurtă cu o lingură la cană, 2—3 căni pe zi. **Fructus Phaseoli sine semine** (teci de Fasole) — decoct cu o lingură la cană, 2—3 căni pe zi. **Ceai dietetic**, cu formulă complexă, infuzie cu 1 1/2 lingurițe la cană, 2—3 căni pe zi.

V.2. Obezitate

Nu se poate recomanda o anumită plantă care să ajute singură la scăderea surplusului ponderal, însă se pot folosi combinat unele cu următoarele proprietăți: o specie laxativă care să grăbească tranzitul intestinal, plante care să contribuie la eliminarea excesului de apă din țesuturi fie prin mărirea cantității de urină (plante diuretice), fie prin transpirație (plante sudorifice); la toate acestea se adaugă **Folium et Herba Taraxaci** (Păpădie), cu importante proprietăți de echilibrare glandulară.

Pe considerentele arătate mai sus, iată un exemplu de formulă care îmbină toate elementele: **Cortex Frangulae** (coață de Crușin) sau **Herba Convolvuli** (Volbură)..... 25 g **Stigmata Maydis** (mătase de Porumb) sau **Folium Betulae** (frunze de Mesteacăn) sau alt produs diuretic..... 20 g **Flores Sambuci** (flori de Soc), ca produs sudorific..... 15 g **Folium et Herba Taraxaci** (Păpădie)..... 40 g

Se face decoct cu o lingură la cană; se beau 2—3 căni de ceai călduț, neîndulcit, între mese, în cure de cel puțin o lună.

V.3. Reumatism, gută

În reumatism, în afara tratamentului medicamentuos și fizioterapic se pot utiliza ca adjuvante, în cure de lungă durată, plante cu conținut de glucozizi de natură salicilică, cu acțiune specific anti-reumatică, sau plante cu acțiune diuretică și depurativă care ajută la eliminarea masivă a toxinelor. Aceleași plante sînt utile și în gută ca și în artrită. Se mai adaugă și tratament extern, sub formă de băi, comprese calde aplicate pe locul dureros sau fricțiuni cu extracte apoase sau uleiuri volatile.

Cu conținut de glicozizi salicilici: **Cortex Salicis** (coață de Salcie) — ca decoct din 2 linguri la cană, bîndu-se 1/2 cană pe zi.

Plante cu acțiune diuretică și depurativă, cu rol în eliminarea de urați și alte substanțe toxice: **Flores Sambuci** (flori de Soc) — prin diureză și mai ales sudorație puternică, cu eli-

minarea de toxine, ca infuzie, cu 1—2 lingurițe la cană, pînă la 3—4 căni pe zi. **Folium Betulae** (frunze de Mesteacăn, vezi I.2). **Folium Fraxini** (frunze de Frasin) — infuzie cu 1—2 linguri la cană, 2—3 căni pe zi. **Folium Myrtilli** (frunze de Afin) — contribuie la eliminarea uraților datorită arbutinei și hidrochinonei — (vezi V.1.). **Folium et Herba Taraxaci** (Păpădie) — (vezi I.2). **Folium Urticae** (frunze de Urzică) — (vezi V.1.). **Herba Equiseti** (Coadă calului) — decoct cu o linguriță la cană, 3—4 căni și chiar mai mult pe zi, ca lichid de întreținere. **Herba Polygoni** (Troscoț) — infuzie cu 1—2 lingurițe la cană, 2—3 căni pe zi. **Rhizoma Graminis** (rizomi de Pir medicinal) și **Radix Ononidis** (rădăcini de Osul iepurelui), decoct cu o linguriță la cană, 3—4 căni pe zi. **Fructus Phaseoli sine semine** (teci fasole) — (vezi V.1.). **Stigmata Maydis** (mătase de Porumb) — (vezi IV.1.).

În uz extern, pentru băi sau comprese: **Cortex Salicis** (coajă de Salcie) sau **Turiones Pini** (muguri de Pin) — ca decocturi foarte concentrate cu 150 g la litru; se strecoară și se adaugă în apa de baie. **Herba Serpylli et Thymi vulgaris** (Cimbrisor de cîmp și Cimbru de cultură) — infuzie concentrată cu 40—50 g la litru, care se adaugă la apa de baie.

Băi locale sau comprese cu infuzii cu aceeași concentrație se pot face și cu **Herba Meliloti** (Sulfină), **Herba Lamii albi** (Urzică moartă albă), **Radix Symphyri** (rădăcini de Tătăneasă) — îndeosebi în aritmie, ca băi locale sau comprese cu decoct concentrat din 60—80 g la litru. **Farina Sinapis nigra** (făină de Muștar negru) fie pentru băi locale, cu 25—30 g de făină pusă într-un săculeț peste care se toarnă 2—3 l apă caldă la 25—30° fie băi generale cu 250 g făină, într-un săculeț și agitată în apa de baie, aceasta dîrînd 20—30 minute.

Pentru fricțiuni antireumatice se pot folosi **Gemmae Populi** (muguri de Plop) — tinctură din 20 g muguri, macerați 2—3 zile în 100 ml alcool sau ulei de mentă — soluție 5%, ulei de ienupăr — soluție 1—2%.

VI. FITOTERAPIA SISTEMULUI NERVOS

VI.1. Sedative nervoase, combaterea insomniilor

Ca principii active ale plantelor sedative sînt fie alcaloizii, fie uleiurile volatile. Ceaiurile se beau calde, bine îndulcite (de preferință cu miere de albine), dintre care unul obligatoriu seara cu circa 30 de minute înainte de culcare. Se folosesc în uz extern și băi sedative.

Cu acțiune sedativă generală, fiind eficace și în combaterea insomniilor: **Strobili Lupuli** (conuri de Hamei) — fie ca infuzie cu o lingură la cană, 2 căni pe zi, fie mai ales într-o formă mult mai insolită, așezîndu-se un săculeț de tifon cu hamei la culcare pe pernă, în dreptul nasului. **Flores Tiliae** (flori de Tei) — infuzie cu 1—2 lingurițe la cană, 2—3 căni pe zi. **Flores Lavandulae** (flori de Levănțică) — (vezi I.1.). **Herba Meliloti** (Sulfină) — (vezi I.3.). **Herba Majoranae** (Măghiran) — (vezi II.1.). **Herba Lamii albi** (Urzică moartă albă) — (vezi IV.1.). **Radix Inulae** (rădăcini de Iarbă mare) — (vezi III).

Sedative și soporifice, în special pentru cardiaci și persoane cu emotivitate deosebită, la care produc un somn liniștitor: **Flores, Folium et Fructus Crataegi** (flori, frunze și fructe de Păducel), **Herba Leonuri** (Talpa gîștii) și **Radix Valerianae** (rădăcină de Valeriană) — vezi I.1.

Mai au efecte sedative: **Flores Pruni spinosi** (flori de Porumbar) — infuzie cu o linguriță la cană, 2—3 căni pe zi, **Folium Melissae** (frunze de Roiniță) și **Folium Salviae** (frunze de Salcie) — infuzii cu o linguriță la cană, 2 căni pe zi.

Ca ceaiuri combinate sînt utile **ceaiul calmant** și **ceaiul sedativ**, îndeosebi cel din urmă cu efecte și contra insomniilor, ca infuzii 1—1 1/2 lingurițe la cană, 1—2 căni pe zi (obligatoriu una seara înainte de culcare).

În uz extern: **Flores Lavandulae** (flori de Levănțică) — băi cu infuzie cu 50 g la litru care se adaugă în apa de baie. Băia se poate face și adăugînd la apa din cadă 3—4 g dintr-un amestec în părți egale de ulei de levănțică cu alcool. Băi cu infuzii cu aceeași concentrație se mai pot face și cu **Flores Tiliae** (flori de Tei) sau **Herba Serpylli et Thymi vulgaris** (Cimbrisor de cîmp și Cimbru de cultură).

VI.2. **Stimulente nervoase** (Nervine): **Folium Mentae** (frunze de Mentă) — (vezi II.2). **Radix Gentianae** (rădăcini de Ghințură) — (vezi II.1.).

În afara tuturor acestor situații de utilizare terapeutică sau preventivă a unor plante medicinale, considerăm utilă folosirea zilnică, a ceaiului din **Fructus Cynosbati** (Măceșe), vitaminizant, cu gust și aromă agreabile, măceșele fiind deținătoarele unor „recorduri absolute” aproape incredibile în regnul vegetal. În vitamina C conținutul este de 4—16 ori mai mare față de lămii, considerate ca etalon pentru aceasta, depășind de cîteva zeci de ori fructele indigene, iar în vitamina A depășesc de 2 ori caisele, considerate cele mai bogate în această vitamină, de 10 ori afinele și de peste 20 de ori merele sau alte fructe. Măceșele au efecte adjuvante și în boli hepatice, afecțiuni vasculare periferice, ca diuretice. Tot atît de utile sînt și **Fructus Hippohae** (fructe de Gătină), studiate atît de pertinent în ultima vreme de prof. dr. I. Brad, de la Universitatea din Craiova, fructe cu un conținut bogat de vitamine și în plus cu efecte depurative. Din acestea, se pot face infuzii simple sau combinate cu 1—1 1/2 lingurițe la cană, puțîndu-se bea 1—2 ceaiuri pe zi, dimineața la micul dejun, precum și seara, singurele contraindicații fiind pentru cei cu tendințe spre hiperaciditate.

Fără a avea pretenția că pot aduce „tinerețea fără bătrînețe” și „viața fără de moarte” a basmelor noastre populare, aceste remedii pot fi utile adjuvante pentru persoanele de „vîrstă a III-a”.

Biolog Mircea ALEXAN

TEHNICI DE LONGEVITATE



Urarea de „viață îndelungată” ca și cea de „sănătate” o regăsim, într-o formă sau alta, la toate popoarele. E o dorință legitimă a omului, conștient de valoarea vieții. Cele două aspecte merg mână în mână, căci numai sănătatea asigură o viață îndelungată.

Viața îndelungată cu orice preț și sub orice formă? NUI! Omul dorește o viață de care să se bucure. Astfel, „SĂ DAM ANI VIEȚII ȘI VIAȚĂ ANILOR” este o formulare emblematică pentru medicina omului vîrstnic, adoptată și de Organizația Mondială a Sănătății.

De la bun început trebuie să deosebim durata medie de viață, termen de statistică populațională, de durata de viață a unui individ.

Durata de viață a înregistrat o creștere progresivă în secolul nostru, cu deosebire în țările dezvoltate, unde vîrsta medie de 70 de ani a fost depășită. În medie, durata vieții s-a prelungit cu peste 20 de ani în ultimele 6-7 decenii, și această tendință continuă, ceea ce determină creșterea procentului de bătrîni în structura populației.

Structura populației într-o țară dezvoltată diferă sensibil de situația din celelalte țări. În acestea din urmă, repartiția populației pe grupe de vîrstă realizează aspectul unei piramide, cu baza largă și vîrfurile înguste, aspect ce traduce atât o mortalitate ridicată la vîrste joase, cit și o natalitate ridicată. Sînt țări care își dublează populația la 15 ani, explicînd explozia demografică actuală; Irakul, de pildă, din 1950 și pînă în prezent și-a triplat populația, iar în Kenya o femeie naște în medie 8 copii.

În țările dezvoltate se înregistrează o stabilitate demografică, repartiția populației pe grupe de vîrstă fiind relativ uniformă, avînd înfățișarea unui trunchi de piramidă cu laturile foarte puțin înclinate, ca urmare a mortalității reduse pînă către 80 de ani, pentru ca în zona vîrstelor înaintate generațiile să se stingă într-un interval de timp foarte scurt; moartea unei generații este un fenomen mai apropiat de simultaneitate.

Secretul longevității constă în asigurarea condițiilor optime în care materialul nostru genetic se poate valorifica maximal. Să nu uităm că moartea prin bătrînire este foarte rară, o serie de medici chiar negînd-o. Teoretic, aceasta se produce prin îmbătrînirea uniformă a ansamblului de organe, a căror funcție declină treptat pînă cînd viața devine imposibilă. De regulă, însă, moartea se produce prin îmbolnăvirea sau uzura mult mai accentuată a unui organ vital, care a suferit mai mult în timpul vieții. Acest organ poate fi inima, plămînul, rinichiul, creierul etc. Cînd cineva moare de plămîni, de pildă, celelalte organe au încă rezerve.

Între durata medie de viață și durata maximă individuală există chiar aspecte discordante. De pildă, durata medie de viață este mai ridicată în mediul urban, în general din cauza facilităților asistenței medicale. Totuși, marii longevivi se găsesc în afara orașelor, în așezări mici, mai aproape de natură. În orașe, așa numitul „factor urban” provoacă nu numai o creștere a incidenței cancerului pulmonar, ci și o uzură timpurie a plămînului prin bronșită cronică și emfizem pulmonar. Excursiile de sfîrșit de săptămînă și orice prilej de ieșire și mișcare în aer curat întretin și prelungesc forma fizică și sănătatea.

Durata medie de viață reprezintă cel mai fidel indice al calității vieții, ea reflectînd gradul de igienă, confort, calitatea alimentației, a asistenței medicale etc.

Care aspecte ale modului de viață individuală sînt în relație cu longevitatea?

Să începem cu efortul fizic. Lipsa acestuia are o influență defavorabilă, îndeosebi prin accelerarea constituirii aterosclerozei. Pe de altă parte, nici activitatea fizică exagerată, de tipul sporturilor de performanță sau a muncilor foarte grele nu are o influență favorabilă. Longevivii au dus o viață activă, cu multă mișcare în aer liber, în special sub forma deplasărilor pe jos. În ciuda vîrstei înaintate, ei au rămas activi sub diferite forme, inclusiv sub aspectul unor activități utile. Preocuparea omului spre a face ceva folositor, a ajuta pe alții, a desfășura o viață activă prelungeste buna funcționare a organismului. Situația contrară, cum ar fi trecerea bruscă la inactivitate, fapt ce se întîmplă cu unii pensionari care nu-și găsesc suficiente preocupări, grăbește îmbătrînirea.

Se discută mult despre rolul alimentației. Pe plan global, atît subalimentația, cu carențe de durată, cit și supraalimentația, care induce obezitate, scurtează durata de viață. Problema alimentației trebuie privită în relație cu vîrsta. O alimentație bogată în vitamine și proteine (lapte, carne, ouă) în perioada copilăriei asigură o dezvoltare armonioasă și robustă a unui organism care va rezista solicitărilor ulterioare și se modifică odată cu înaintarea în vîrstă.

Există și o relație între gradul de cultură și longevitate. Statisticile demonstrează clar că numărul anilor de studiu și durata investiției culturale în general reprezintă un factor de longevitate, în special timpul acordat lecturii și muzicii. De altfel, se știe că muzicienii trăiesc mult, cu deosebire dirijorii, adevărați performeri pentru longevitate.

Statistic, relația dintre profesiune și durata vieții este, de asemenea, evidentă. Medicii, de pildă, îndeosebi femeile, au o durată medie de

viață sub media populației în mijlocul careia activează, din cauza tensiunii în care lucrează, a felului în care resimt eșecurile. Există deosebiri și între specialitățile medicale: chirurgii sînt dezavantajați, dermatologii se află la polul opus. Profesiunile care prin natura lor implică acțiuni agresive, coercitive, nu favorizează longevitatea. Invers, cele caracterizate prin dăruire, ajutoare a cuiva mai slab, cum sînt învățătorii, de pildă.

Atitudinile psihologice și trăirile afective au mare influență asupra stării de sănătate. De exemplu, minia inhibată generează imbolnăviri, pe cînd exprimarea ei, descărcarea tensiunii negative are efect sanogen.

Deosebit de primejdioase pentru sănătate sînt pierderea cuiva apropiat, ca și stările de deziluzie și lipsă de speranță. În schimb, umorul este un factor de apărare a sănătății a cărui valoare este tot mai mult recunoscută.

Felul în care îți duci viața sub aspectul conduitei morale are o mare importanță în accelerarea sau, dimpotrivă, încetinirea ritmului îmbătrânirii. O viață dusă cu cinste, cu demnitate, cu mândrie neemfatică și conștiință de sine, cumpătare, bucurie, dragoste față de semenii constituie cea mai bună garanție de longevitate.

Doctor în medicină Cornel ZEANĂ

TERAPIA OCUPAȚIONALĂ ÎN REUMATOLOGIE

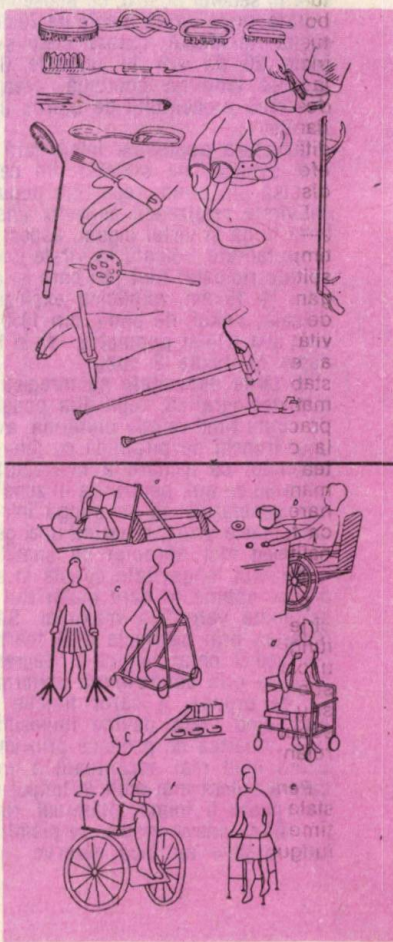
Terapia ocupațională, ergoterapia, este o metodă activă de recuperare a suferințelor reumatismale, care constă în folosirea unor activități adaptate la tipul de suferință și deficiență motorie instalată pe parcurs. Ea are un scop recreativ și terapeutic, ajutând reumaticul să folosească mai bine segmentele neafectate și să recupereze funcția celor afectate de boală. Activitatea din atelierele (sau sălile) de ergoterapie completează astfel metodele de chinetoterapie și fizioterapie.

Principalul efect urmărit prin aplicarea terapiei ocupaționale este mobilizarea unor segmente afectate — articulații, mușchi, tendoane, vase, nervi — prin alegerea unor activități care nu necesită prea mari eforturi. De exemplu: flexia-extensia articulației tibio-tarsiene este exercitată prin pedalarea mașinii de cusut, de tricotat, iar mișcările degetelor mâinii prin modelarea plastilinei, prin țesut, tricotat, împletit de coșuri din rafie, tapiterie, lucrări din piele.

De asemenea, ea realizează și dezvoltarea forței unor grupuri musculare, fapt ce se poate obține prin exercitarea unor activități mai dificile, de exemplu: tâmplărie, olărie,

dactilografie (pentru articulațiile mici, de la mîni) sau tăierea cu fierăstrăul pentru tonifierea mușchilor umeroilor. Se mai pot folosi unele activități mai dificile la un sistem de scripeti, simplu sau cu contragreutăți, realizîndu-se astfel un exercițiu terapeutic prin unul distractiv.

Pe de altă parte, terapia ocupațională contribuie direct la reeducarea gesturilor curente, la recâștigarea treptată a unei independențe cât mai complete. Ne referim la gesturi ca deschiderea ușilor, îmbrăcatul, spălatul mâinilor, îmbrăcatul. În acest scop s-au imaginat numeroase tipuri de aparate-obiecte ajutoare bolnavului pentru recăpătarea mișcărilor uzuale pierdute. De exemplu, dacă bolnavii cu poliartrită reumatoidă nu pot efectua prehenșiunea (apucarea) obiectelor pentru a scrie, se poate atașa în acest scop stiloul la o brățară de mână; pentru mînuirea tacîmurilor se atașează un mîner mai gros sau o coadă mai lungă ori se leagă de mînă printr-o brățară, se folosesc linguri sau furculițe îndoită într-un anumit unghi; periuța de dinți, periile de cap vor avea cozi mai lungi. Pentru ca persoanele de sex feminin imobilizate în fotoli



să poată efectua treburile gospodărești, se folosește scaunul cu roțile, montându-se chiuvete la înălțimea potrivită.

Efectele psihoterapice ale terapiei ocupaționale sînt de o mare importanță. Pe lîngă fenomenele de involuție psihomotorie, la reumaticii virșnici imobilizați la pat pot apărea complexe de inferioritate sau un spirit revendicativ. Se impune, desigur, în aceste cazuri, colaborarea strînsă cu neuropsihiatrul. Dar și ergoterapia se dovedește a fi utilă, creîndu-se sentimentul utilității și satisfacția de a-și efectua singuri activitățile zilnice, combătînd apatia, deprimarea, dezvoltînd spiritul de muncă în colectiv și în familie ș.a.

Ergoterapia trebuie să aibă un pronunțat caracter recreativ, să fie aplicată diferențiat, în funcție de nivelul intelectual și profesional al fiecărui bolnav, de preferințele și aptitudinile fiecăruia, pacienții fiind convinși și nu constrînși la aceasta; practicarea ei este deseori acceptată cu ezitări, dar ulterior e efectuată cu vîdită plăcere și satisfacție, cu efect sedativ, stimulator și distractiv.

Ergoterapia se aplică în 2—3 ședințe pe săptămînă, timp de 1—2 ore, numai în spitale sau în servicii bine organizate. Rezultatele depind de alegerea judicioasă a activității, de dozarea progresivă a eforturilor, de gradul de stabilizare a suferințelor reumatismale, dar ea poate fi practică de către bolnavi și la domiciliu. Pentru activitatea ambulatorie li se recomandă bolnavilor confecționarea unor obiecte adaptate ca formă, greutate și funcționalitate, în funcție de gradul tulburărilor deficitare.

Pentru mers se pot folosi cîrje și bastoane de diverse lungimi, cu virș antiderapant, ușoare, cu mîner de sprijin sub brațe, bastoane tripode sau quadrupode reglabile, scaune rulante, cărucioare rulante etc.

Pentru toaletă se pot instala bare de sprijin la înălțime corespunzătoare de-a lungul peretelui și înălțarea

scaunului pentru cei care nu se pot așeza (cu anchiloze coxofemorale). Chiuvetele vor fi montate în funcție de necesitatea reumaticului; folosindu-se robinete ușor manevrabile. Periuțele de dinți, ca și peria de cap, vor trebui să aibă coadă lungă, în funcție de infirmitate, și prevăzute cu mîner mai gros.

Pentru dormit sînt utile paturile mecanice, articulate, ce pot fi adaptate cu placaje (celor cărora li se recomandă să doarmă pe un pat tare).

În locul nasturilor se poate folosi un fermoar sau un velcro (o panglică dublă care aderă și se fixează solid prin contact).

Se vor folosi **pantofi** care se pot încheia tot cu velcro sau fermoar.

La tacimuri se vor adapta

mîner groase și lungi, din plastic, cauciuc sau bambus, care să ușureze apucarea (prehensiunea), de la caz la caz, cu inele de fixare la mîini.

Pentru ridicarea obiectelor se vor folosi pense de diverse lungimi și sisteme.

Pentru incuiatul ușii, la nivelul cheii se introduce o bucată de lemn care să ușureze prehensiunea.

Pentru scris și citit se pot confecționa mese avînd înălțimea și înclinarea reglabile, creionul sau tocul introducîndu-se într-o emisferă de plastic sau într-o brătară de mină.

Alături sînt înfățișate cîteva obiecte și aparate ce pot fi confecționate în scop ergoterapeutic.

Dr. Constanța IRIMESCU

TEST

1. Aveți în casă un colț farmaceutic bine dotat?

2. Vă simțiți cîteodată într-o stare de agitație, zbucium, aveți vibrații sau palpații?

3. Dacă întîmplător vă cade în mînă o publicație sau o carte cu probleme medicale o citiți cu interes, deși nu înțelegeți prea mult din ea?

4. După ce ați citit-o cu interes vă gîndiți că din maladiile descrise poate suferiți și dv. de una sau de cîteva din ele?

5. Ați avut vreodată gîndul că și dv. suferiți de o boală nevindecabilă?

6. Aveți în casă medicamente cu termenul de valabilitate depășit?

7. Folosiți în mod frecvent medicamente fără indicația medicului?

8. Folosiți zilnic diverse vitamine?

9. Cînd luați masa, renunțați la mîncare dacă vedeți în jur vre-o murdărie?

10. Vă gîndiți că s-ar putea să vă îmbolnăviți de hepatită?

11. Vă gîndiți că vă bucurați de mai puțină sănătate decît cei de vîrsta dv.?

12. Cînd nu sînteți în

„apele dv.”, vă luați temperatura?

13. Vă afectează vederea singelui?

14. Vă controlați în mod frecvent starea sănătății?

15. Vă controlați din cînd în cînd pulsul?

16. Discutați cu plăcere cu alții despre diferite boli?

18. Cînd vă îmbolnăviți de vreo boală „curentă” (gripă, dureri în gît sau de cap etc.) credeți că la dv. este ceva mai grav decît la alții?

Concluzii:

Fiecărui răspuns afirmativ acordați-i un punct.

Dacă ați totalizat între 0 și 4 puncte sînteți întocmai contrariul unui ipohondru fie că vă bucurați de o sănătate perfectă, fie că nu faceți o problemă din micile neajunsuri.

Dacă ați totalizat între 5 și 13 puncte sînteți omul pe care putem să-l numim ipohondru, chiar dacă nu vreți să recunoașteți. Vă plac pilulele, tabletele și tot ce are legătură cu maladiile și atît timp cît acest lucru nu deranjează pe alți oameni, păreți doar puțin caraghios.

În iulie 1987 O.N.U. a informat că un copil, născut probabil într-o țară în curs de dezvoltare, a devenit cel de-al 5.000.000.000-lea locuitor al Terrei.

Evenimentul a trebuit să fie sărbătorit și a fost sărbătorit la Zagreb cu ocazia Universiadei.

Sosirea lui într-o lume amenințată de criză economică, de recesiuni, de foamete și războaie trezește însă îngrijorarea forurilor competente ale O.N.U.

Pe baza datelor oferite de O.M.S., UNICEF și Liga Societăților de Cruce Roșie și Semilună Roșie prezentăm în cele ce urmează doar câteva din aceste probleme.



Les enfants de la guerre

VICTIMELE RĂZBOIULUI

„Războiul nu a fost încă oficial denunțat ca primul ucigaș al copiilor din lumea a treia, nici pregătirea de război ca fiind cel mai mare obstacol în calea promovării sănătății familiilor și copiilor lor”. Acest adevăr a fost rostit de medicul libanez Amal Shamma, șeful serviciului de pediatrie al Centrului medical Berbir din Beirut, la Conferința privind situația copiilor bătuți și maltratați, desfășurată la Berna în decembrie 1985, sub egida Consiliului organizațiilor internaționale de științe medicale (C.I.O.M.S.) și a Organizației Mondiale a Sănătății (O.M.S.).

De mai bine de 40 de ani asistăm la o pandemie de războaie care se desfășoară în țări ale lumii a treia. De la un an la altul, o sumedenie de țări deplîng moartea unei

părți din populație, dar și distrugerea resurselor, și așa redate, a instituțiilor social-culturale, a așezărilor umane, zădărnicierea planurilor lor de progres. Imagini dezolante: copii plîngînd, strigîndu-și părinții care nu mai pot vorbi..., orfani căutîndu-și un acoperiș și încercînd să-și învingă teama. Să adăugăm zone întregi distruse, școli, spitale inutilizabile, culturi devastate. Și enumerarea nu s-a epuizat. Principalul impact al acestui flagel, numit război, se resimte în planul sănătății copiilor. Efectele, sint fizice, sociale și psihologice.

Trecînd în revistă consecințele militarismului galopant și ale războiului, dr. Amal Shamma, care trăiește zi de zi drama atîtor copii libanezi, dezvăluie într-un articol apărut în revista **Santé du**

Monde din iulie 1986 că 15 pînă la 33 la sută de pe lista celor uciși într-o zi sînt sub 15 ani. În 10 ani numărul victimelor s-a ridicat la 120 000, iar din acestea aproape 40 000 de copii. Nică o maladie nu a fost atît de ucigătoare în același timp. Într-un singur an, 1982, din civilii internați la Berbir 19,3 la sută nu împliniseră 15 ani, iar 11,4 la sută din ei au închis ochii pentru totdeauna.

Mulți doctori, cercetători au sesizat consecințele psihologice, sociale și morale ale războiului asupra copiilor din Liban. Dr. G. Iacob constată comportament regresiv, tulburări de somn și coșmar la copii ce trăiesc în zona lup-

telor; dr. G. Nassar menționează rapoarturi dificile între copii, un egoism rigid, sentiment accentuat de insecuritate, stări depresive, de dependență, iar dr. J. Abu Nasr, care s-a oprit asupra aspectelor morale, constată un spirit belicos la copiii din secția de pediatrie, jocul lor preferat fiind „de-a mitraliorii și soldații”.

Într-o țară în care peste 35 la sută din locuitori au vîrsta sub 15 ani, — anii de război, adică din 1975 încoace —, 2/3 din copii nu au cunoscut pacea, au crescut sub semnul violenței, ceea ce își pune amprenta asupra comportamentului lor, asupra modului în care apreciază valorile

morale. Pentru mulți, arată dr. Harfouche — violența și lupta reprezintă un mod de viață. El recomandă ca în clasificarea internațională a maladiilor să fie inclusă o categorie distinctă a operațiilor și ranilor cauzate prin fapte de război.

Iată cît de grave sînt consecințele războiului pentru sănătatea tinerei generații.

O mutilare fizică, dar și psihică cauzată de maladie atît de gravă, numită război.

O maladie ce nu presupune nici o cheltuială pentru a fi eradicată. Cere doar rațiune și voință.

Valeria CHILĂU

ANALFABETISM = SĂNĂTATE PRECARĂ

Un studiu efectuat pe 160 000 de mame din 30 de țări în curs de dezvoltare, analizat de O.M.S., relevă că acolo unde nivelul analfabetismului este mare și nivelul mortalității infantile este crescut.

Maladiile legate de sărăcie, lipsă de igienă, de analfabetism vor fi jugulate nu prin spectaculoase cuceriri medicale, ci prin ameliorarea condițiilor de locuit și de mediu, prin alimentație corespunzătoare, prin educație, îngrijiri ale mamei și copilului, prin vaccinări. Strategia „Sănătate pentru toți pînă în anul 2000” trebuie să cuprindă deci și alfabetizarea, avînd în vedere relația educație - sănătate.

În ultimii 15 ani numărul neștiutorilor de carte a crescut, depășind în prezent nivelul unui miliard - s-a subliniat în cadrul unei adunări a Asociației internaționale de promovare a alfabetismului. Dacă în 1970 numărul analfabeților era de 760 milioane, astăzi s-a înregistrat o creștere cu încă 300 milioane. Comparativ cu populația totală, cei mai mulți neștiutori

de carte sînt în Africa (162 milioane), urmată de Asia (cu 785 milioane), America Latină (cu 50 milioane), țările arabe (cu 60 milioane). Inechitățile persistă, ba chiar se adîncesc. Procentul de alfabetizare este de 28 la sută pe continentul african, față de 57 la sută pe ansamblul țărilor în curs de dezvoltare. În țările lumii a treia se înregistrează 800 milioane de copii care nu se pot bucura de lumina slovei.

Paradoxal, tocmai în aceste țări ponderea anuală medie a cheltuielilor militare este de 5,9 la sută, iar cea pentru educație de numai 2 la sută.

Se observă o reducere de la an la an a cheltuielilor pentru învățămînt și în țările occidentale, numărul săracilor analfabeți fiind în creștere, numai în țările Pieței comune ridicîndu-se la 15 000 000 de persoane. Și țara tuturor posibilităților, S.U.A., are aproximativ 20 000 000 de adulți ce nu știu să citească.

În era atîtor cuceriri remarcabile ale gîndirii persistă și se adîncește întunericul alimentat de neștiința de carte!

Discrepanțe datorate irosirii unor fabuloase sume pentru a perfecționa armamente ce și așa pot nimici omenirea de șase ori.

Cîteva exemple edificatoare:

Renunțîndu-se la construirea unui submarin Trident, 16 000 000 de copii ar avea asigurată școlarizarea pe un an.

Prețul unui submarin cu propulsie nucleară echivalează cu costul a 416 școli dotate cu material didactic modern.

În timp ce pentru instruirea unui soldat se cheltuiesc 20 000 de dolari, pentru pregătirea unui elev se alocă doar 380 de dolari.

Pare aproape de necrezut, dar statisticile demonstrează că doar costul a două bombardiere strategice ar acoperi suma necesară pentru eliminarea analfabetismului pe Terra în mai puțin de 10 ani.

Lumina științei de carte ar pătrunde peste tot, iar sănătatea ar avea de cîștigat. Op-tativul se cere urgent înlocuit cu imperativul!

Valeria PERJU

VIENA 1987

Vara este, fara îndoiala, anotimpul cel mai frumos al Vienei. Pentru că atunci cele patru şiruri de copaci plantați pe Ring ajung la apogeu, înconjurînd centrul oraşului ca un magic inel purificator.

Dar în această vară pe briul de verdeață plantat pe locul fostului zid de apărare ce înconjura cetatea, au fost așezate și alte simboluri ale dorinței purificatoare: mari afișe cu însemnul ONU pe care sta scris în engleză și franceză, în arabă și chineză, în rusă și în spaniolă:

DA, VIEȚII.

NU, DROGURILOR.

La puțin timp după redecidarea lucrărilor Reuniunii generale europene pentru securitate și cooperare în Europa, monumentală capitală a Austriei a găzduit între 17 și 26 iunie 1987 o conferință internațională organizată de ONU asupra abuzului și traficului ilicit de droguri.

Nu este prima oară cînd această problemă se dezbate într-un forum internațional. Dar după opinia lui William Buffam, subsecretar general al ONU, numit comisar al ONU pentru conferință, de această dată „cooperarea internațională este singura soluție ce mai poate fi adoptată împotriva extinderii îngrijorătoare a drogurilor.”

Privită de la nivelul ONU, rezolvarea nu poate veni decît prin măsuri convergente, împotriva producerii, prelucrării și transportului drogurilor oricare ar fi acestea: simpla coca, canabisul, heroina, LSD-ul sau mai recentul „Designer drugs” — un cocktail de droguri cu medicamente cu acțiuni rapid devastatoare.

Istoria luptei împotriva drogurilor nu începe, desigur, la Viena. La începutul secolului, în 1909, mai înainte de crearea Națiunilor Unite, a avut loc o conferință internațională soldată cu înțelegeri care, în general, au fost judicioase, 50 de ani mai târziu o conferință asupra opiumului avea loc la New York sub auspiciile ONU. Ea a fost urmată de elaborarea unor convenții și protocoale: Convenția din 1961 asupra stupefiantelor (modificată printr-un



NU DROGURILOR

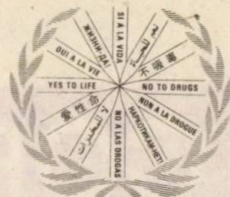
protocol (în 1972) și Convenția asupra substanțelor psihotrope care dezvoltă și moderniza sistemul de luptă împotriva drogurilor. În 1981 ONU adoptă și o așa-numită „Strategie internațională de luptă împotriva drogurilor”, vizînd abuzul și contrabanda.

Efectul unor atît de diverse reglementări internaționale întîrzie însă să se facă simțit în principal datorită profiturilor fabuloase pe care le aduce traficul de droguri. De aceea, extinderea pieței drogurilor în SUA și în Europa occidentală a devenit înarîmătoare. Atît de îngrijorătoare încît însăși președintele SUA, Roland Reagan, a luat recent cuvîntul la televiziunea americană pentru a avertiza: „Celor care se gîndesc să se atingă de droguri noi le spunem: „STOP”. Celor ce vînd droguri noi le spunem: „Feriți-vă!”. În urma acestei cuvîntări, în SUA au fost stabilite obiectivele imediate de protecție — școlile, uzinele, universitățile — iar traficul de droguri a fost decretat drept „activitate criminală”. La rîndul ei, Adunarea generală a ONU a cerut Consiliului Economic și social (ECOSOC) să însărcineze Divizia de stupefiantă cu elaborarea unui nou proiect de convenție care să cuprindă aspecte ce nu au fost vizate în reglementările de pînă acum. Textul acestui proiect a fost supus dezbaterii la Viena.

În vasta sala de conferințe au fost abordate astfel probleme ca traficul de droguri, aplicarea legilor, eliminarea surselor ilicite de materii prime, controlul producției, distribuției și consumului, tratamentul și reinserția socială a toxicomanilor.

La conferință au participat reprezentanți ai organizațiilor interguvernamentale și instituțiilor specializate ale ONU — Divizia de stupefiantă, Fondul Națiunilor Unite pentru lupta împotriva abuzului de droguri, Organizația Mondială a Sănătății. UNESCO, Organizația Maritimă Internațională, Agenția Internațională de Energie Atomică.

Desigur, un rol esențial l-a avut OMS. În determinarea unor elemente absolut necesare desfășurării lucrărilor conferinței. Astfel, OMS a întocmit rapoarte și documentări privind farmacodependența, determinarea substanțelor ce trebuie supuse controlului internațional conform dispozițiilor Convenției din 1961 asupra stupefiantelor și Convenției din 1971 asupra substanțelor psihotrope, stabilind, de asemenea, diferența între necesități terapeutice și abuzuri. În cadrul conferinței, OMS a fost în continuare însărcinată cu elaborarea unor principii directe și cu realizarea de manuale destinate studenților în medicină și personalului sanitar, cu organizarea de seminarii



publicului modele și tentații în ceea ce privește folosirea alcoolului, tutunului și drogurilor. În sfârșit, obiective deosebit de importante sînt sfărîmarea barierelor psihologice care îl blochează pe drogodependenți de a se trata, reabilitarea și înțelegerea lor socială.

Elementul esențial îl constituie însă stoparea ofertei „pieței negre”, o problemă ce nu poate fi rezolvată decît printr-o abordare la nivel planelar.

În lată de ce secretarul general al ONU, Javier Perez de Cuellar declara: „Mai mult ca oricînd, necesitatea de a rezolva problema abuzului și traficului ilicit de droguri la scară mondială a luat caracter de urgență. Problema depășește cadrul frontierelor și culturilor naționale și doar cooperarea internațională poate oferi șanse de rezolvare”

Conferința de la Viena poate fi un început.

Cristian IONESCU

interregionale privind tratamentul farmacodependenței și recuperării victimelor drogurilor.

La conferință au participat, de asemenea, organizații neguvernamentale — avînd statut consultativ la ONU — chemate să-și aducă o contribuție sporită la înfăptuirea dezideratului „DA, vieții — NU, drogurilor”. Rolul lor, profilat mai bine în cadrul sesiunii actuale, este de a face populației o educație preven-

tivă, de a identifica grupele cu risc (în special copii, tineri, șomeri, persoane vîrstnice sigure, prostituate, emigranți) și situațiile în care oamenii pot deveni victime ale drogurilor (curiozitatea, alienarea, frustrarea, ignoranța, dezorientarea, exploatarea).

Un obiectiv pentru organizațiile neguvernamentale îl constituie și determinarea producătorilor de filme și casete video de a nu mai oferi

PAUVRETÉ-CHÔMAGE

FRANCE : 2,5 MILLIONS D'EXCLUS

La France, un pays en voie de paupérisation ? Les évaluations les plus récentes sont préoccupantes. Anciens et nouveaux paupères, marginaux traditionnels et démunis temporaires, les exclus représentent aujourd'hui plus de 4 % de la population française. Pour faire face à cette marée montante, les associations sociales et caritatives puisent de nouvelles ressources dans une coordination accrue de leurs actions et une collaboration renforcée avec les pouvoirs publics. Tantôt se répartissant les tâches, tantôt unissant leurs efforts, elles tentent à la fois de satisfaire les nécessités vitales de cette population en détresse : se nourrir, se loger, se vêtir, et de favoriser l'insertion ou la réinsertion sociale et professionnelle de celles et ceux qui en font partie.

Une analyse, réalisée par l'association PARE à Lille sur les familles en difficulté qui s'adressent à elle, permet de cerner plus précisément le profil de cette population. Premier élément déterminant, la situation face au logement : 22 % des familles, célibataires complètes, sont sans domicile fixe, 38 % ont un logement stable, 10 % sont logées en famille, chez des amis ou en foyer. Le manque des ressources constitue le second facteur déterminant. Les personnes seules sont les plus touchées, 61 % d'entre elles ne bénéficient d'aucun revenu. Les ménages sont un peu mieux lotis puisque 37,11 % au-

Official, 17,5 milioane de șomeri sînt înregistrați în țările Pieței Comune și un număr și mai mare de oameni concediați se află în evidențele oficiilor pentru plasarea forței de muncă din S.U.A. Cînd se vorbește despre ei se adaugă, aproape automat, că marea majoritate sînt tineri. „Corriere della sera” scrie că 24 la sută dintre absolvenții de liceu și 30 la sută dintre absolvenții de facultăți nu își găsesc de lucru.

Abia ieșiți din vîrsta adolescenței, cu visurile ei specifice, acești tineri cunosc deziluzia, stresul permanent și grija pentru ziua de mîine, sărăcia. Adică exact acele elemente pe care O.M.S. le consideră factori perturbatori ai stării de sănătate. Iar gîndul că vor trebui să apeleze la ajutorul serviciilor de sănătate este el însuși stresant.

EXCLUȘII

COPIII STRĂZII

Spicuiri dintr-un ziar parizian

În primăvara acestui an postul francez de televiziune TF1 prezenta obișnuitul său magazin: „Informații în imagini”. Una din temele acestor informații i-a școat în mod deosebit pe cei ce vizionau programul. Un grup de redactori a urmărit săptămîni îndelungate copiii și tineri adolescenți care la Paris se dedau prostituției. Tot ce a fost prezentat se petrecea în Franța și nu undeva la Manila sau Bangkok. Este aceasta o problemă pe care oamenii mai bucuroși o ignoră, care însă în această țară este ceva deosebit de grav, cum subliniază ziarul parizian „L'Humanité Dimanche” din care am extras rîndurile de mai jos.

„Unul din membrii redacției aștepta nu de mult într-o stație de metro. Peste o clipă s-a apropiat de el o fetiță cam de doisprezece ani, care l-a întrebat: „Nu ai zece franci?” Prietenul nostru a rămas stupefiat și i-a răspuns: „Nu”. Fetița, chipurile, i-a propus să meargă la el să-și petreacă noaptea pentru zece franci.

Cîți asemenea copii sînt în Franța? Asemenea cazuri apar aproape în toate marile orașe ale occidentului.

Specialiștii presupun că numărul lor este de cîteva sute sau chiar de cîteva mii, desigur precis nu se poate stabili. Din timp în timp apar și alte cazuri cutremurătoare. Atunci ne amintim cît de mult am fost tulburați, cînd, cu cîțiva ani în urmă, s-a descoperit la Los Angeles vînzarea de fotografii pornografice cu copii „baby porno”. În baza acestui caz, la Paris a început o acțiune de lichidare a prostituției în rîndul copiilor. De asemenea, la Marsilia, poliția a descoperit o grupă de tineri adolescenți care trăiau din prostituție; cu banii cîștigați își făceau rost de droguri, mulți dintre ei pierzîndu-și viața. Dar tuturor le-au rămas întipărite în memorie cuvî-

tele unui tînar de 17 ani — cuprinse în scrisoarea adresată părinților săi, înainte de a se sinucide: „Iertați-mă, dar mor bucuros!”

În această „afacere” marsilieză au fost implicate, judecate și condamnate și unele oficialități pentru că au manifestat o „înțelegere” prea mare pentru droguri. Însă nu au putut fi descoperiți toți vinovații. Oricum, firele afacerii trec și prin alte orașe și porturi franceze, cu implicații peste hotare.

Sute de tineri practică diferite forme ale prostituției. Pentru ca omul să se convingă de acest lucru ajunge să-i observe pe cei din stațiile și holurile metroului parizian sau să se ducă la o cafenea pe Champs-Élysée. El trebuie să aibă un ochi încercat ca să sesizeze toate aceste lucruri fiindcă copiii și „clienții” lor sînt foarte precauți. Poliția este atît de mult angajată în lucrări curente că nu mai are timp suficient să-i urmărească pe vinovați, și să-i prindă asupra faptului.

O altă problemă sînt „clienții”, al căror număr nu este niciodată prea mic. În majoritatea cazurilor aceștia sînt oameni care prin înfățișarea

și purtarea lor nu dau nimic de bănuț. Este cît se poate de interesantă confirmarea unui polițist francez: „Cînd în urmă cu 20 de ani ni s-a încredințat urmărirea și ocrotirea tineretului, inclusiv a copiilor, n-a protestat nimeni dintre noi. Azi ne amenință pericolul că vom fi atacați. Și societatea, în numele unor greșite teorii, este de partea copilului care este suspectat. Se întîmplă uneori și cazuri cînd părinții ne dau afară din casă cînd le aducem copii prinși asupra faptului. Vrem în mod cinstit să ne executăm munca noastră, care însă, în asemenea împrejurări, este foarte grea”.

„În încheiere — se menționează în articolul apărut în cunoscutul ziar parizian — nu putem să nu adăugăm că principalul vinovat este orînduirea socială care contribuie la exploatarea tineretului!”



8990
8991
8992
8993
8994
8995
8996
8997
8998
8999
9000



APA SALVATOARE SAU UCIGĂTOARE?

12 Anii '80 au fost proclamați la sesiunea a XXX-a a Adunării Generale a O.N.U. ca „Deceniul internațional pentru apă potabilă”. Se pornea de la rațiunea că apa înseamnă element vital și condiție a menținerii igienei, deci sănătate. Nivelul mortalității și morbidității pe care îl antrenează bolile cauzate de calitatea apei (holera, febra tifoidă, bolile diareice, paludismul etc.) era extrem de ridicat pe întinse zone ale planetei.

Calculule estimative arătau că era necesar ca zilnic să se asigure unei jumătăți de milion de persoane, pe parcursul a 10 ani, apă salubră, ceea ce însemna peste 5 miliarde de dolari anual.

La începutul deceniului, în 38 de țări africane doar 9 la sută din populația rurală și 50 la sută din cea urbană aveau acces la apă.

Patologia legată de insalubritatea apei este și azi foarte răspândită pe acest continent. Salvatoare sau ucigătoare,

apa joacă un rol esențial în viața africanilor. Adevărate procesiuni de femei și copii cărind apa de la mari distanțe! Dar o singură picătură de apă poate să conțină 50 de milioane de bacterii. Ea s-ar putea să aducă moartea celor care o vor folosi ne-fiartă. Dar mulți nu știu acest lucru sau, chiar dacă-l știu, chinuți de drumul lung prin arșița toridă o beau pentru a-și potoli setea.

În al șaselea an al Deceniului internațional pentru apă potabilă, nu au acces la ea 371 de milioane de locuitori ai zonelor rurale și 132 milioane de cetățeni numai din acest continent.

Pentru o populație estimată la 620 milioane în 1990 se impun ca imperios necesare asigurarea apei potabile pentru 430 de milioane și lucrări de canalizare pentru 470 de milioane. Și aceasta pentru că sănătatea lor să nu fie amenințată de o armată de boli transmisibile.

Partea din bugetele națio-



nale alocată pentru domeniul social-sanitar este însă infimă, după cum infim este și bugetul O.M.S., raportat la fabuloasele sume pe care le înghite anual cursa înarmărilor. Ce înseamnă 5 miliarde de dolari, sumă cu care s-ar asigura apă potabilă pentru 2 miliarde de oameni, față de 1 000 miliarde de dolari, cât s-a cheltuit în 1986 pentru perfecționarea „mașinilor morții”?

Valeria CHILĂU

SUFLETUL COMERȚULUI?

Ajunge să te uiți la aceste fotografii și te trec fiorii!

Delicioasa fetiță blondă, în vîrstă de patru ani, stă pe groaznicul bot al unui hipopotam de 1,5 tone.

Uriașul animal parcă ar rîde și s-ar distra cînd fetița se joacă cu el. Poate credeți că e un truc filmat? Nu, nu e de loc. Aceste fotografii n-au fost făcute pentru un film cu o poveste din junglă. Nu provin din Hollywood, ci din orașul Pessac din Gironde, o localitate nu departe de Bordeaux. Această curajoasă și îndrăzneată fetiță nu este nepoțica lui Tarzan, ci o mică franțuzaică.

Tatăl Cindy-ei — Jean Ducuing — este administratorul grădinii zoologice din Pessac și fiica lui este cea mai mare atracție a grădinii zoologice.

Vizitatorul nu-și dă seama dacă în fața sa are sau nu o închipuire cînd vede țîșnind dintre garduri o fetiță goală, care parcă ar fi o poză din „Cartea Junglei” lui Kipling.

Cindy se îndreaptă în fugă spre marginea lacului unde se tăvălește Come-Here — îndrăgitul ei hipopotam. Cu ambele picioare ea se așează pe botul animalului și cu minile se sprijină de nările sale: „Arată-mi dragă Come-Here unde ai tu o carie? Dacă ești cuminte, te pupă fetița ta!”

Uriașul animal care cu un strănut doar ar putea s-o sfărîme, se lasă mîngîiat ca un copil mare?

Cindy nu se teme nici de crocodil, dar stă mai bucuroasă pe mal. Ea s-a născut aici în „Zoo” și fiecare animal este pentru ea un membru de familie, pînă și Jacques — pitonul lung de patru metri, pe care-l întinde pe spate ca un adevărat fachir...

Tatăl fetei este calm, nu se neliniștește: „Fiica mea, spune el, este o vie confirmare a faptului, pus de unii la îndoială, că atunci cînd animalul nu este iritat, provocat și cînd este lăsat în pace, nu este deloc periculos”.

Charlotte, o femelă de cimpanzeu, a fost hrănită de Cindy cu biberonul. Astăzi ele mănîncă micul dejun împreună și se joacă pline de afecțiune.

Deci, raiul pe pămînt? Desigur, nu. Doar o joacă primejdioasă ce poate deveni într-o zi fatală!

Dar ce contează viața unui copil cînd „reclama e sufletul comerțului!”



Copii-sinucigași: iată o sintagmă ce deranjează, e poate neplauzibilă, și totuși face parte dintre cele cu care societatea occidentală e forțată să se obișnuiască, considerându-i toate implicațiile.

UN CAZ...

La 29 iulie 1986 un procuror britanic a pus verdictul de „moarte prin accident” în cazul copilului Brian Middleman în vîrstă de 6 ani. Copilul, care fusese foarte afectat de despărțirea părinților, a decedat în urma înghițirii unei doze foarte mari de paracetamol, a doua pe care o luase în interval de 14 zile. În cazul unui adult, indubitabil verdictul ar fi fost „sinucidere”.

...ȘI MAI MULTE CONSIDERAȚII GENERALE

Dar pentru majoritatea oamenilor, a vorbi de sinucideri la copii sau adolescenți este aproape de neconceput. Dacă un copil moare în urma unor răni auto-provocate, sufocat, sau în urma înghițirii unei doze fatale de medicamente, orice explicație este considerată de preferat sinuciderii. Se spune că copiii nu înțeleg cît de periculoase sînt actele lor. Chiar dacă au în minte vre-o idee — neclară — despre moarte, nu înțeleg că moartea e ireversibilă.

Din nefericire, astfel de opinii comode sînt din ce în ce mai des infirmate. Faptele atestă că există copii care doresc să moară, fiind totodată conștienți de caracterul ireversibil al morții. De altfel, în societatea occidentală sinuciderile în rîndul copiilor sau al celor foarte tineri sînt mult mai frecvente decît se credea pînă acum, deși, rămîind tot în Marea Britanie, din 1940 și pînă în prezent, oficial s-au înregistrat constant cam 5 pe an în grupul de vîrstă 12—15 ani.

Totuși există motive serioase pentru care mulți refuză să se lege de iluzii liniștitoare. Dr. Keith Hawton, psihiatru la Spitalul Warneford (Oxford, Marea Britanie), autor al lucrării „Sinucideri și tentative de sinucidere în rîndul copiilor și adolescenților”, apărută în 1986, scria: „Există dovezi că decese înregist-

trate în aceste categorii (n.n. — moarte accidentală, sau presupus accidentală) au crescut foarte mult în ultimii 10 ani și că, de fapt, multe dintre ele sînt sinucideri. Probabil că, totodată, s-a dezvoltat mult reticența de a recunoaște deschis că în cazul copiilor se poate vorbi de sinucideri”.

Există dovezi tot mai numeroase că, independent de erorile de clasificare și de cifra nu prea mare de sinucigași-copii, tentativele de sinucidere sînt frecvente la vîrste fragede. Un studiu efectuat pe un eșantion de adolescenți britanici a indicat că 9 la sută din fete și 5 la sută din băieți au luat în considerare ideea de a se sinucide.

Sub vîrsta de 12 ani tentativele de sinucidere sînt relativ rare. Totuși, o recentă investigație americană a scos în evidență faptul că aproape 12 000 de copii între 5 și 14 ani sînt internați anual în clinicile psihiatrice-pediatrice din SUA pentru înclinații sau tentative de sinucidere. Se consideră, totodată, că această cifră nu este exactă, deoarece adesea copiii pretind că sinuciderile nereușite sînt simple accidente, părinții au uneori interesul să ascundă realitatea, iar doctorii nu pot discerne totdeauna o rănire voluntară de una involuntară.

Ce factori pot împinge un copil să încerce (și chiar să reușească) să se sinucidă? Mai ales un climat familial agitat, maltrătarile sau neglijările părinților, o familie destrămată. Mai concură sentimentele de minie, lipsurile materiale și lipsa de speranță în viitor, disperarea, singurătatea, sentimentul de a fi abandonat sau nedorit. Copiii sau adolescenții sinucigași

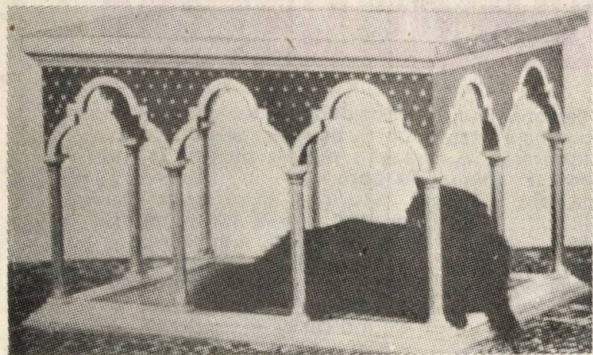
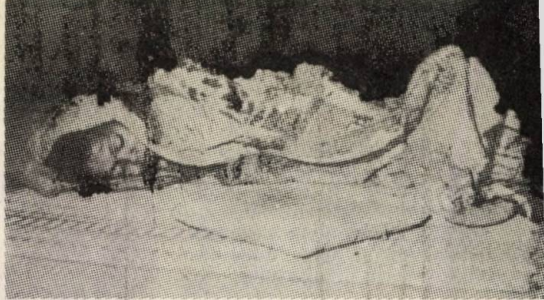
consideră adesea moartea ca pe o ușurare, ca pe singura ieșire dintr-o situație de nesuportat.

Studiile întreprinse pe grupa de vîrstă 15—24 de ani nu fac decît să întărească aceste concluzii, dîndu-le un plus de gravitate. În Franța, de exemplu, sondaje recente au indicat că în grupa de vîrstă sus-citată se înregistrează în medie 1 000 de sinucideri și circa 40 000 de tentative anual, deosebirea majoră fiind aceea că pe locul trei în rîndul cauzelor apare lipsa de perspective pe piața muncii.

Majoritatea copiilor și adolescenților sinucigași nu doresc cu adevărat să moară, ci să iasă dintr-o situație intolerabilă sau să atragă atenția asupra nenorocirii lor. Totuși, din ce în ce mai mult, cercetătorii occidentali consideră că dacă un copil sau adolescent manifestă intenția de a-și pune capăt vieții, el trebuie luat cît mai repede în serios, pentru a preveni unele evenimente tragice. Întrebarea care se pune însă cu cea mai mare acuitate este: de ce un număr mereu mai mare de copii și tineri se simt așa de disperați? Răspunsul, evident, trebuie căutat în lumea adultă care-i înconjoară. Realități cutremurătoare (și stresante nu numai pentru tineri), cum ar fi lipsa unui loc de muncă (900 000 de tineri șomeri în Franța, șomajul a circa 30 la sută din totalul absolvenților de liceu în Italia), violența unei societăți unde goana după profit trece tînărul, cu problemele și personalitatea sa în formare, într-un plan foarte depărtat.

Ar mai fi, desigur, de dat și un răspuns practic...

Olga GHEORGHE



VIAȚĂ DE CÎINE?

Un sfert din populația lumii nu are un adăpost decent și trăiește în condiții extrem de insalubre. Problema este gravă mai ales în centrele aglomerate din țările în curs de dezvoltare. Se apreciază că peste 100 de milioane de oameni nu au nici o locuință; numai în America Latină 20 de milioane de copii și tineri, neavînd alt acoperiș decît cerul, locuiesc și dorm în stradă. Acestea sînt motivele pentru care Organizația Națiunilor Unite a proclamat anul 1987 **Anul internațional pentru asigurarea de locuințe persoanelor fără adăpost**. „Numai un efort comun, îndrăzneț, curajos va putea preveni agravarea crizei locuințelor”, spunea Javier Perez de Cuellar, secretarul general al O.N.U.

Tot despre ridicarea calității vieții, tot despre construcția de locuințe, sîntem informați de către o publicație americană. A cui viață și ce fel de case veți afla în rîndurile care urmează.

Castel franțuzesc cu etaj, cu pardoseală de marmură și tapiserii elegante; conac englezesc; cabană elvețiană în stil alpin, cu acoperiș de șindrilă, pereți cu finisaj superior și cutii cu flori la ferestre; casă făcută după modelul „tavernei” lui Sheldon din secolul al XVIII-lea, care a fost renovată în New England; case decorate în stil contemporan; locuință de metal galben și plexiglas, cu dușumea din cauciuc „Pirelli” și cu tavanul zugrăvit pentru a semăna cu cerul înnoptat; locuințe în stilul vechilor tradiții din Egiptul antic, din China antică, din vechea Eladă pentru crearea unei atmosfere cît mai plăcute și mai intime.

Case, conace, vile, castele, cabane, temple etc. Toate acestea pot fi cumpărate de la... magazinul de lux „Villas Boas”, situat în centrul New Yorkului în Grand St. nr. 74 din cartierul SoHo. Acolo se vînd locuințe pentru...

răsfățatele pisici și adorații cîini ai milionarilor. Dintr-un articol publicat în „S.U.A. Today” din noiembrie 1986 și în care se spune că umilelor animale de pe lîngă casă trebuie să le creăm cămine proprii, aflăm că această colecție de adăposturi elegante a fost creată de arhitecți dintre cei mai de seamă, stîrnind chiar și invidia... oamenilor. Templul persan pentru pisici are, bineînțeles, un covor tot persan, perna este din mătase naturală, iar acoperișul din ceramică albastră pe care sînt presărate stele de aur, aur adevărat, de 18 carate. „Casele” pentru păsări sînt, de asemenea, proiectate de arhitecți și construite din lemn adus de peste mări și țări. Apartamentele pentru pisicile curioase au cîte patru încăperi ca să aibă ce „explora”. Jucării speciale sînt concepute pentru cîini, pisici sau — în caz că sînt iubiți — pentru... șoareci. Există chiar și o locuință comună: sus pasărea, la mijloc pisica, jos șoarecele și alături cîinele. Geamurile nu se sparg, majoritatea „locuințelor” au parchet și sînt vopsite în toare culorile. Acoperișurile se pot ridica pentru curățenia care se execută cu unelte speciale. O societate de „ajutorare” a animalelor suportă o parte din cost. Prețul, după punga fiecăruia: între 450 de dolari pentru o „căsuță” stil New England și 5 450 de dolari pentru un conac stil englezesc.

„Dacă americanii iubesc aceste plăcute, îndrăgite și alintate animale și vor să le răsfete — se spune în revista amintită — acum e momentul să ofere cîinilor, pisicilor, păsărilor și șoarecilor case speciale, îmbunătățind acestor ființe calitatea vieții”.

Viață de cîine? Și cînd te gîndești că zeci de milioane de copii nu au alt acoperiș decît cerul...

Lucian HUIBAN

Ku-Klux-Klan, sinistră și singeroasă organizație cu caracter rasist, antidemocratic și mai tirziu și neofascist, a luat ființă în urmă cu peste 120 de ani în sudul Statelor Unite ale Americii, după eliberarea sclavilor negri. Bărbați cu glugi, sub influența alcoolului și a setei de sînge, unii țarați genetic, în bună parte fermieri și proprietari, își făceau un act de glorie din vînătoarea oamenilor de culoare. În majoritate tineri, femei și copii. Malttrate, batjocorite, asasinate, cu locuințele devastate și apoi arse, victimele aveau o singură vină: aveau culoarea pielii mai închisă. Crimele se desfășurau după un ritual și un sadism de neîmăginat, demența și fanatismul fiind ridicate la rang de virtute. Așa a fost de la bun început cunoscută această organizație de patronaj al crimei și urei între oameni, Ku-Klux-Klan.

MASCAȚII CU GLUGI ALBE

Sărbătorirea Anului Nou 1865, într-un orașel din statul Tennessee din S.U.A. Cîțiva bărbați încălziți de băutură, s-au hotărît, să-și înceapă seara, cu o „petrecere” mai deosebită, îmbrăcîndu-se într-un anume fel, sperînd și amenințînd pe unii locuitori de la periferia așezărilor lor. Pe negrii, abia scăpați de sclavie. Dar ca să fie cadrul cît mai ieșit din comun, au hotărît să-și facă de cap într-un mod „cît mai organizat”. Așa s-a născut Ku-Klux-Klanul, denumirea provenind din cuvîntul grecesc: Kúklos (cerc) și din cuvîntul „clan” (de la englezescul Kelt). Și astfel, bărbații care s-au înfășurat în cearceafuri albe, acoperindu-și fețele hidoase, au galopat călare către marginea orașului, în cartierul negrilor, chiuind și amenințînd. Negrii au fost deosebit de șocați și speriați de manifestarea provocatoare a foștilor stăpîni. Frica lor a fost folosită în favoarea proprietarilor de plantații și de sclavi, care căutau să-și păstreze pe orice cale puterea politică și economică. Așa că, pînă la urmă, un însemnat număr de albi s-a alăturat organizației Ku-Klux-Klan, care, în cursul anului, s-a răspîndit în toate statele din sud. Și astfel, an de an, clanul a servit puterii guvernamentale pentru asuprirea celor de culoare. Chiar și astăzi această organizație este de partea cercurilor reacționare din S.U.A.

Dar revenind la această rușine a Americii — Ku-Klux-Klan — trebuie să știm că ea și-a desfășurat odioasa activitate în salturi și etape, semănînd panică, frică și ură. Astfel,



cînd în anul 1866 și următorii undeva au apărut bărbați cu glugi, aceasta însemna un pericol de moarte pentru fiecare om de culoare. Dacă, din întîmplare, un negru privea o femeie albă, îl aștepta biciuirea, iar cînd nu pleca din oraș, se provoca moartea cel puțin a unui membru din familia sa. Cîți negri au fost uciși în acea vreme în mod bestial nu vom găsi în nici o cronică. Deși organizația Ku-Klux-Klan a fost interzisă oficial în anul 1871, lișajul și lichidarea oamenilor de culoare a continuat și mai continuă încă. De fapt, toată povestea suspendării acestei organizații a fost mai mult de ochii lumii, pentru că tot activa sub nasul autorităților, iar dacă întîmplător ar fi existat o inculpare, fiecare dintre membrii ei avea asigurată o hotărîre de eliberare. Aceasta fiindcă în completele de judecată foarte rar s-ar fi găsit un antirasist.

La începutul acestui veac, mulți oameni au crezut că Ku-Klux-Klan nici nu mai există. A fost doar o părere. În anul 1915 a apărut pentru prima oară „emblema” ei — Crucea de lemn. Rasiștii s-au legat mai strîns, împotriva noilor „inamici” — săracii nou sosiți în America și comuniștii. Astfel s-au găsit adepți aproape în toate statele din S.U.A., și aceasta în primul rînd în cadrul populației satelor și a periferiilor orașelor. Numărul membrilor a

MASCAȚII CU GLUGI ALBE

crescut mereu, în jurul anilor '20 atingând cinci milioane. Atunci teroarea Klanului s-a îndreptat împotriva tuturor puterilor democratice, indiferent de culoarea oamenilor. Victimele au fost în mod bestial chinuite pînă la moarte. Ku-Klux-Klan executa o activitate murdară în folosul celor puternici. Membrii Klanului au reușit să depășească poliția și magistratura pînă la aparatul Uniunii federale a statelor, printre deputați și senatori. În acest fel au rămas lucrurile pînă astăzi.

La începutul anilor '30, terorismul Klanului s-a concentrat împotriva comunistilor și a evreilor. Fanaticul anti-comunism s-a legat de mișcarea fascistă din S.U.A. Dar înainte de a putea declanșa în comun acțiuni teroriste, S.U.A. a intrat în coaliția antihitleristă. Influența Klanului a scăzut. Nu pentru multă vreme. În anul 1954 a renăscut din nou și în mod mai periculos decît pînă atunci. Acum acțiunea lui excesivă s-a îndreptat în mod deosebit împotriva prezenței tinerilor ingineri în școli. În anul 1966 Klanul a fost din nou interzis.

La jumătatea anilor '70 Ku-Klux-Klanul și-a reactivat sistemul său terorist — criza economică a dus la conflicte sociale, și acest lucru a contribuit la „vremurile de aur” ale Klanului. De exemplu, muncitorilor albi li s-a sugerat că „vina șomajului o poartă cei negri” fiindcă le iau locurile de muncă. Și mulți dintre aceștia, deși nu consideră problema rasială ca decisivă, a acceptat punctul lor de vedere. Ca o noutate, începînd din anul 1974, în această organizație sînt primite și femei. Majoritatea lor sînt casnice, căsătorite cu membri ai Klanului. Ura și inconștiența acestora le-au fanatizat. Potrivit opiniilor lor, negrii nici măcar nu sînt oameni!

În 1979, în 1981 și 1983 au avut loc demonstrații ale luptătorilor pentru drepturile cetățenești, în orașul Greensbor din statul Karolina de Nord, împotriva rasismului. Membrii Klanului și ai partidului nazist american au tras focuri de armă, ucigînd oameni. Dar și de astă dată juriul, format din doisprezece membri albi, a scos de sub acuzație criminalii. Motivul, nemaiauzit: rasiștii, chipurile, au acționat în auto-apărare, fiind atacați. Harold Covington, șeful organizației naziste din Carolina de Nord a sărbătorit hotărîrea de achitare, ca pe o „victorie a rasei albe” Ce nu s-a reușit în anii

'30, a reușit în Greensbor acțiunea comună a Klanului cu grupul nazist. În particular semnalăm că între neonaziștii din S.U.A. și cei din R.F. a Germaniei există o legătură permanentă.

În anul 1983 șapte grupări ale Klanului au fuzionat într-o singură confederație, care cuprinde 80 la sută din totalitatea membrilor. Numărul lor total se evaluează la peste 60 000. În afară de aceștia mai există alți 100 000 de simpatizanți. Șeful Klanului, Wilkinson, spune: „Tineretului nostru îi demonstrăm, că în afară de baseball există și alte posibilități de afirmare”

• • •

Ura, violența, discriminarea rasială, crima, șomajul, mizeria, războiul, amenințarea cu forța, cu armele nucleare iată cîteva dintre atributele lumii capitaliste, care marchează în modul cel mai elocvent „raiul” din această parte a lumii.

Dr. George M. GHEORGHE

CERCETĂRI ASUPRA MENOPAUZEI

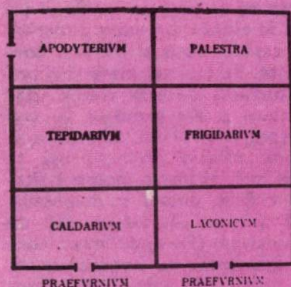
(Continuare din pag. 146)

mici și pe o scurtă durată de timp, care este inofensivă pentru organism.

Doze mari și administrarea pe timp îndelungat (2-3 ani, de exemplu, ca în osteoporoză) crează riscuri. Riscul major este cancerul de uter sau sîn (problema controversată, dar totuși existentă și pînă la elucidarea ei se cere prudență). În caz de tratament prelungit este utilă asocierea de Progesteron, care oferă protecție împotriva riscului de cancer uterin. Utilizarea estrogenilor mai prezintă riscuri de infarct de miocard, de manifestări trombo-embolice, de accelerare a unor cancere deja existente, de uter și sîn. De aceea, estrogenoterapia este total contraindicată la purtătoarele de astfel de cancere, în boli hepatice, în existența unor episoade trombo-embolice trecute sau a unei maladii cardiovasculare prezente. De asemenea, tratamentul cu estrogeni este contraindicat în prezența unor tulburări ginecologice, care pot fi mascate sau exacerbate de tratamentul cu estrogeni: fibrom, hemoragii uterine de etiologie nedeterminată, maladia de sîn.

Iată, pe scurt, rezultatele cercetărilor recente ale menopauzei și tratamentul unora din tulburările produse de instalarea ei. Dar niciodată să nu ne indicăm singuri un tratament; medicul este acela care constată suferința, evaluează riscurile și beneficiile tratamentului și ia hotărîrea.

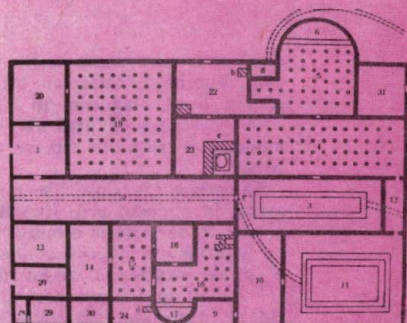
TERMELE ROMANE



1 ELEMENTELE UNEI BAI ROMANE



2



3

Se numesc terme stabilimentele de băi în care se folosea apă caldă naturală (termală) sau încălzită artificial. Termele sînt caracteristice arhitecturii romane, dezvoltîndu-se în special în epoca imperiului roman.

Utilizarea băilor reci a fost considerată absolut necesară sănătății, astfel că în timpurile cele mai vechi ale antichității bărbații și femeile se îmbăiau în fluviu, riuri și pîrîuri. Mult timp grecii păstrează acest obicei însă ei preferă a se scălda în mare, considerînd că substanțele saline dau forță nervilor și înlătură din corp toate umorile rele. Baia era pentru ei o datorie, în urma unei bătălii sau a unei calamități, convinși că vor obține un stimul pentru sănătatea lor. Se întrebunșau, de asemenea, băile calde. Nimic nu arată însă că orașele ar fi avut stabilimente de băi publice. Totul arată că în secolele apropiate de era noastră, pe măsură ce luxul și moleșala se întindeau la greci și apoi la romani, apar băile publice și etuvele.

Mecena a fost unul dintre primii romani care, cu banii proprii, construiește terme la Roma. Mai tîrziu nu mare număr de terme au fost ridicate atît în interiorul, cît și în exteriorul orașului.

Filozoful roman Seneca descrie minușios construirea de băi particulare și terme publice, care au fost denumite „balineum” și respectiv „balneum”.

Termele devin centre ale vieții sociale romane, completîndu-se cu gimnazii, biblioteci, săli de lectură sau de conversație, galerii acoperite pentru plimbări etc., ajungînd să ocupe suprafețe mari. De exemplu, termele lui Caracalla aveau o suprafață de 11 ha, iar cele ale lui Dioclețian 13 ha.

La început, proprietari de băi erau liberi. Ei le închiriau unui „balneator”, care încasa un quadrans pentru bărbați și un preț dublu pentru femei.

Terme au fost construite în toate orașele imperiului, precum și în toate campurile militare. Nu exista castru roman care să nu dispună de terme proprii.

Scriitorul roman Plinius cel Tânăr ne informează că la începutul secolului I Corneliu Sergius Orata a inventat hypocaustum ca sistem de încălzire folosit în subsolul termelor. Datorită acestuia s-a putut încălzi o cantitate mare de apă, după care

s-au introdus conductele de teracotă cu ajutorul cărora se transporta aerul cald pe sub tencuiala încăperilor. În locul etuvei grecești apare laconicum (vezi fig. 1), căzile devin mari bazine cu apă caldă sau rece denumite frigidarium. Medicii timpului dădeau instrucțiuni asupra metodelor de folosire a băilor calde sau reci, asupra masajelor, ungerii pielii cu ulei și a practicării exercițiilor fizice.

Marele arhitect roman Vitruvius ne-a lăsat recomandări în legătură cu amplasarea, planul și sistemul de construcție al fiecărei încăperi. 1). Conform succesiunii îmbăierii, ele se orînduiau astfel: 1. apodyterium (vestibulul); 2. tepidarium (camera de transpirație prin aer cald); 3. caldarium (bazinul cu apă caldă); 4. laconicum (încăperea cu abur puternic); 5. frigidarium (bazinul cu apă rece) și 6. palaestra (spațiul destinat exercițiilor fizice, care putea fi în afara clădirii). Neobligatorii erau amplasarea unui unctorium pentru masaje și a unui oleothesium pentru ungere cu ulei. Biblioteci, săli de lectură, încăperi pentru jocuri de noroc, expoziții cu opere de artă vom întîlni numai la termel de dimensiuni mari, construite de împărații Titus, Caracalla, Dioclețian.

Pentru ca flăcările și căldura puternică să pătrundă direct în hypocaustum, focul se introducea din afara clădirii prin gura boltită a unui cup-tor denumit praefurnium.

Hypocaustum se compunea dintr-o serie de stâlpi pe care se sprijinea pardoseala încăperilor, ce necesitau căldură directă și puternică. Din interiorul acestui subsol porneau conductele de tuburi ce transportau aer cald în încăperile lipsite de hypocaustum propriu, apodyterium și tepidarium. Rețeaua de tuburi era sub pardoseală sau sub tencuiala pereților laterali al vestibulului și ai camerei de transpirație. În caldarium și laconicum se așezau mari bazine. Baza lor era îngropată în pardoseala camerelor, astfel ca să fie în bătaia directă a flăcărilor care se formau în hypocaustum.

Laconicum era folosit pentru o sudație puternică, cu abur fierbinte. În bazin se aruncau pietre bine arse, care produceau astfel mult abur. În jurul bazinului termelor de la Pompei au rămas bănci din bronz, pe care se așezau cei care luau baia cu abur fierbinte. Asemenea amenajări se pot

TERMELE ROMANE

observa la numeroase castre din Dacia (de la Slăveni, Bumbesti, Copăceni etc.) care au fost construite după planurile lui Vitruvius.

În tepidarium (2) erau bănci, iar căldura era mai modestă și radia din rețeaua de tuburi ascunse în pereți.

Caldarium (3) constituia un mare bazin căptușit, așezat în mijlocul unei încăperi și avea fundul îngropat în pardoseala camerei ce venea în atingere cu flăcările din hypocaustum, pentru ca apa din el să se încălzească direct de la foc.

Frigidarium (5) era compus dintr-un bazin de zid cu tencuiala interioară impermeabilă. El se amenaja sub nivelul pardoselii clădirii și primea apa rece direct de la conductă.

Apodyterium (1) era vestibulul de la intrare, cu sală de dezbrăcare și boxe pentru ținut hainelor.

Palaestra (6) se acoperea cu mult nisip, avea portice în jur și instalații de dușuri cu apă rece și era descoperită, deci putea fi folosită numai în anotimpurile călduroase.

Marile băi publice se deschideau dimineața și funcționau până seara. Multe persoane rămăneau în interiorul lor cite 9—10 ore, acolo servind și prinzul. Se făceau chiar excese de bai care aveau urmări grave. Împărații Commodus și Gallienus se îmbăiau de cite 7—8 ori pe zi.

La Roma cele mai monumentale terme erau „Termele lui Caracalla” (fig. 2). Via Nova, o intrare monumentală, împodobită de un portic (galerie susținută de coloane) permitea accesul la edificiul propriu-zis. Ansamblul era un patrat vast cu latura de 350 m, cuprinzind o masă centrală rectangulară de 220 m lungime și 114 m lățime (termele propriu-zise). În exterior erau amenajate un parc și diferite dependințe. Termele lui Caracalla erau situate în afara Romei, pe o terasă de lângă Via Appia. Ele erau frecventate mai ales de populația de jos, deși erau luxoase. (În epoca Renașterii s-au scos din ruinele lor multe opere de artă, mozaicuri și sculpturi). Cisternele termelor se alimentau cu apă din apeductul Aqua Marcia. Într-un echilibru savant cu multe anexe au fost amenajate o serie de încăperi pentru exerciții de gimnastică, pentru plimbare și conversație, o arenă, bibliotecă etc.

Băile bărbaților erau separate de cele ale femeilor fie prin despărțituri arhitecturale, fie prin orar separat. Acolo funcționau diferite servicii care trebuia să satisfacă exigențele a 1 600 persoane ce puteau lua concomitent baia.

Pereții interiori ai mării clădiri erau îmbrăcați în plăci din marmură policromă și ornamentați cu statui plasate în nișe mari. Urișe coloane în stil corintic, cu trupul muscular al lui Hercules, plasat între volutele capitulurilor, susțineau vaste tavane și bolți.

Dintre termele urbane ale Daciei romane cele mai bine studiate sînt cele de la Sarmizegetusa. Întreaga clădire avea o lungime de 28 m și o lățime de 22,75 m (fig. 3). Camera din stînga, de la

intrare, servea ca locuință pentru sclavul-paznic al băilor (1). Din ea se ajunge în vestibul (apodyterium) — (2), sub pardoseala căruia era conductă care alimenta cu apă rece cele două frigidarium (3, 11). Bazinul cel mic (3) era așezat în mijlocul unei camere spațioase ce se lega cu vestiarul (4) printr-o ușă (e). Apa se evacua din bazin printr-un canal (12), situat la capătul opus al intrării, construit din lespezi zidite. Bazinul cel mare (11) primea apa tot din conductă de sub vestiar, dar printr-un al doilea canal și era prevăzut cu trei trepte de coborîre spre centrul lui, adîncimea sa pînd asigură o bună „natatio”. Printr-o ușă, se trecea din bazinul cel mic (3) într-o încăpere situată la un nivel mai ridicat, dotată cu hypocaustum. Se localizează aici un tepidarium (4), de unde se ajunge în caldarium (5—6) de formă absidată, prevăzut, de asemenea, cu hypocaustum. Aceasta deținea un dublu rol: spațiul patulater (5) servea drept caldarium, iar în absidă era instalată o albie (labrum) cu apă rece (6). La colțurile lui (8) funcționau alte mici bazine cu apă caldă. Un caldarium similar era instalat într-o încăpere de pe latura opusă (16), alăturat unui mic tepidarium (15), care avea două bazine, unul cu apă rece (17) și altul cu apă caldă (18). Restul încăperilor dețineau aceleași funcțiuni: un mic apodyterium (20), un tepidarium (19). Existența a două rînduri de încăperi similare pe cele două aripi ale clădirii face dovadă unor băi separate pentru bărbați și femei. Mai erau încăperi pentru sala de lectură sau de jocuri și spațiu de serviciu. În ruine s-au găsit stampile realizate din cărămizi, cu numele consilierilor romani din anul 158 e.n. Tertulius și Sacerdos, prin care se indică data construcției din temelii sau o reparație ulterioară a clădirii.

Dintre termele militare atașate unui castru, recent descoperite, menționăm pe cele de la Slăveni, pe Olt, în care alimentarea cu apă se făcea printr-un canal de suprafață, adusă din pîrul Caracal. Din rețeaua de canale se introducea și se evacua apa spre diferite încăperi. Termele de la Slăveni au o lungime de 21 m și o lățime de 19,60 m. Elementele statigrafice și tehnica zidăriei indică construirea acestui termen de către Septimius Sever și reconstruirea de către Filip Arabul în anii 247—248.

În Dacia romană întîlnim terme chiar și la sate, cum sînt cele de la Vicus Petrensis (Comuna Petra, județul Constanța). În a doua jumătate a secolului al III-lea e.n., termele sînt refăcute sub motivul: „Causa salutis corporis sui” (Pentru sănătatea corpului său).

Romanii erau mîndri de termele lor, însă cînd au adoptat obiceiuri străine le-au abandonat deși inițial au îngrădît bogățiile universului, dînd mărție construcțiilor monumentale, ale căror ruine se văd și astăzi.

Dr. Alexandru ȘTENC



DIMITRIE CANTEMIR ȘI MEDICINA

Dimitrie Cantemir, domnitor al Moldovei între anii 1710—1711, a fost și un savant prodigios care, la vârsta tinereții, a avut printre profesorii săi și doi medici care l-au inițiat în probleme teoretice ale medicinei. De aceea întâlnim în scrierile sale și unele preocupări medicale.

Astfel în 1705, în „Istoria ieroglică” el a folosit numeroși termeni medicali pe care i-a explicat în „Scara numerelor și cuvintelor străine tilcuitoare”. Remarcăm pentru început câteva denumiri: anatomic (cela ce știe meșteșugul mădularelor trupului, despăcătoriu de stivuri); articule (încheietura osului); vase primitoare (stomahul, rîndza, mațele și toate mărunțiile în carele intră bucatele); laringa (gîtul, gîtlejul, gîtleanul); porii (găurici prin piileala omului, prin carele ies sudorile). De asemenea, Cantemir folosea și termenul de „boală hronică” (boala carea ține cu ani, cum iaste oftica, dropica și alalte) ca și pe „neistelit” (netămăduit, nevindecat, lucru carele nu poate avea liacul). Aceste boli puteau duce la „agona” (lupta carea face trupul cu suflitul în ciasul morții). Apothecariu (cela ce șede la prăvălie și, mai cu de-adins, cele ce vinde ierbi, doftorie) era cel de la care se procura antidot (liac împotriva boalei ce se dă), poate sub formă de pilule (pirulă, gugoasă, bubușlie, carea dau doftorii de înghit pentru liacul). În caz de otrăvă se administra antifarmac (liac împotriva otrăvii). Eliberarea acestor substanțe medicamentose se făcea în baza a ceea ce se numea și atunci rețeta (izvodul de liacuri, carele trimăt doftorii la spițeri să facă liacul asupra boalei). Aceștia se ocupau și de aromate (toate sămînțele, ierbile și unsoarele frumos mirositoare).

Dar în scrierile sale, Dimitrie Cantemir, om de mare cultură, a mai menționat și unii medici vestiți ai vremii. În acest sens, în lucrarea „Vita Constantinii Cantemyrii” amintește de Ieremia Cacavelas, fostul său profesor, pe care unii istoriografi l-au trecut în rîndul medicilor domnești, slujind la curtea lui Constantin Cantemir (1685-1693). Pe Cacavelas îl regăsim și în „Istoria ieroglică”, deghizat de autor în privighetoare. Din galeria marilor învățați care au lucrat în țările române și Ioan Comnen este unul dintre personajele aceleiași „Istorii ieroglice”, lucrare considerată fie un roman alegoric cu personaje din lumea animală, fie memorii îmbrăcate în haină alegorică. Personajele — domnitori și boieri — sînt înfățișate sub chipul unor animale sau păsări. Unul dintre eroi este Papagaia, sub travestiul căruia se află doctorul Ioan Comnen. Acesta a fost adus în Moldova, în jurul anului 1680, de către domnitorul Gheorghe Duca (în a treia și ultima sa domnie 1678-1683), pentru educarea fiului său, viitorul domnitor Constantin Duca. Între anii 1697-1702, Ioan Comnen a fost me-



dicul lui Constantin Brîncoveanu, dar intensă sa activitate culturală a depășit-o pe cea pur medicală. Doctorul Comnen a fost colaborator atît al stolnicului Constantin Cantacuzino, la elaborarea vestitei hărți a Țării Românești tipărită la Padova în 1700, prima lucrare de acest fel la noi, cît și al lui Antim Ivireanu, la realizarea unei serii de tipărituri. La Academia domnească „Sf. Sava” din București, Ioan Comnen a predat geografia, dar și cursuri de medicină, și anume de citire și comentare a textelor marilor medici ai antichității și evului mediu, așa cum a demonstrat regretatul istoric al medicinei românești, doctorul Nicolae Vătămănuș. Dimitrie Cantemir aprecia cunoștințele doctorului Comnen, caracterizîndu-l în „Descrierea Moldovei” ca pe un bărbat foarte învățat, iar în „Istoria ieroglică” îl prezintă și ca pe un om modest. Astfel, atunci cînd dobitoacele pretind Papagaiei (doctorului Comnen) să le dea „antidotul toapsecului” (toxicului), acesta răspunde: „Puținele sînt o, priiatinii mei, recetele științii mele și mici și strîmpte chichițele ierbilor doftorii mele (căci doftorul bun știința în cap, iar ierbile în cîmp le are...)”.

„Istoria ieroglică” se referă și la un alt medic, Alexandru Mavrocordat, mare dragoman, autor și al unor lucrări de medicină, dintre care se remarcă cea despre circulația singelui.

Savantul Dimitrie Cantemir în operele sale a fost alături de „cel care cercetează cauzele și natura lucrurilor” și a ironizat pe ignoranții ce credeau în „basmelor băbești”. În „Descrierea Moldovei” el ignorează credința unor înfarmece care ar înlătura bolile. Așa aflăm cum pe seama călușarilor, adică a dansatorilor ce săreau în jurul suferindului, se punea puterea de a izgoni boli îndelungate. De aceea, acest fin observator al tainelor medicinei, care a fost Dimitrie Cantemir, poate fi socotit pe drept cuvînt, un precursor în domeniul istoriei medicinei prin interesantele date prezentate în scrierile sale.

Dr. Dinu MAREȘ



Umbrele eroilor la Plevna

Numele. Comuna. Plasa. Județul. Totul scris pe „un petec de pânză afînat la gît cu o ață, spre semn că dacă s-ar întîmpla să cadă în bătaie și nefîind cine să-l cunoască..., să-l poată dovedi pe acel bilet”...

De ce îmi aduc aminte de acest ordin dat, la 22 iulie 1877, dorobanților care se pregăteau să treacă Dunărea?

De ce aici, la Plevna?

Pentru că în acest frumos oraș al Bulgariei de azi, un oraș al parcurilor, fîntinilor și monumentelor, totul respiră aerul istoriei: statuile, mausoleul eroilor — impresionantă construcție arhitectonică —, marea panoramă „Epopeea Plevnei 1877”, dar mai ales memoria oamenilor care mai păstrează cadrul general al crîncenelor înclăștări, al greului tribut de sînge pe care l-au plătit — alături de cei ruși — 10 000 de soldați români...

Pentru că Plevna a însemnat nu numai eroism, ci și suferință...

Correspondenții de presă ai vremii notau că ambulanțele își făceau apariția pentru a doua oară pe cîmpiile însîngerate ale Europei, după ce ele își dovediseră utilitatea în timpul războiului franco-prusian, în 1870.

Temelul acțiunii lor o constituia „Convenția de la Geneva din 22 august 1864 pentru ameliorarea soartei militarilor răniți din armatele în campanie”. Articolul 1 al acesteia stipula: „Va fi recunoscută neutralitatea ambulanțelor și spitalelor militare și, prin aceasta, ele vor fi respectate și protejate de beligeranți atîta timp cît în ele se vor afla bolnavi sau răniți. Neutralitatea va înceta dacă ambulanțele sau spitalele vor fi pázite de o forță armată”. La Convenție aderase și România în 30 noiembrie 1874. Doi ani mai tîrziu, în iulie 1876, fusese fondată „Societatea de Cruce Roșie a României” iar, la nici un an de la înființare, Crucea Roșie română trebuia să dea dovada capacității și utilității sale. Lansarea unor liste de subscripție publică, deschise pentru finanțarea acțiunilor de ajutor (liste soldate cu un venit de 524 565 lei), alcătuirea de spitale și ambulanțe, apelul de unire a eforturilor societăților filantropice, înființarea cursului pentru pregătirea infirmierelor voluntare, precum și contactele cu societățile similare de Cruce Roșie europene au constituit principalele ei preocupări.

La 11 iunie 1877 prima ambulanță a Crucii

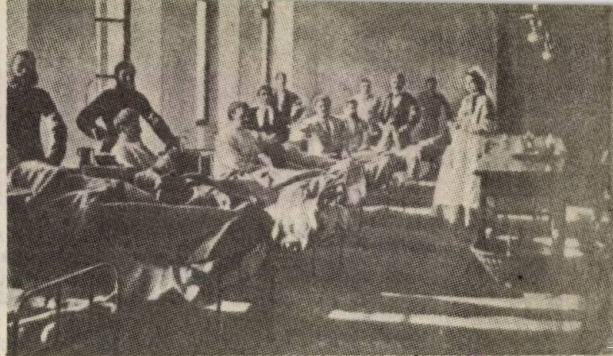
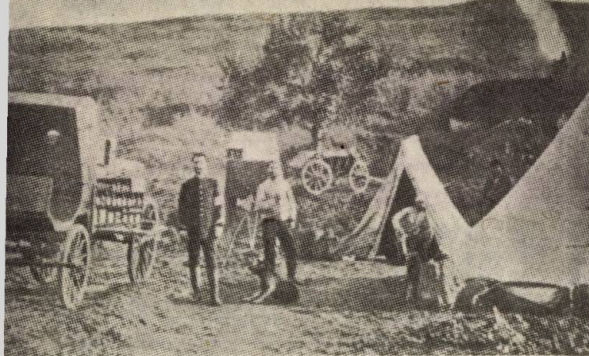
Roșii române părăsea Bucureștii îndreptîndu-se spre Corabia. La 20 august, o urma o a doua cu destinația Corabia, dar hotărîtă a deveni spital de campanie la Tr. Măgurele unde a fost instalată în patru barăci. Ambele, ca și „așezămintele spitalicești vremelnice” de la București, Tîrgoviște, Tr. Măgurele, Craiova, Ploiești și din alte orașe, s-au încadrat imediat în „sistemul îngrijirilor medicale” pentru oștire.

Dr. Carol Davila scria despre activitatea lor din acea perioadă: „Ambulanțele militare și cele ale Crucii Roșii au avut fericita ocazie de a căuta o mulțime de răniți turci și ruși; am recomandat deosebit ca în baza Convenției de la Geneva să dea cît se poate mai mult ajutor învinșilor”.

La 16 iulie 1877 comandamentul armatei ruse din Bulgaria cerea ajutorul armatei române, ca urmare a mersului nefavorabil al războiului în zona Plevnei („Les Turcs ayant amassé les plus grandes masses à Plevna, nous abîment. Prie de faire fusion, démonstration et, si possible, passage du Danube”...). Ca urmare, dorobanții trec Dunărea, iar la 10 august 1877 ajung în fața Plevnei.

Odată cu trecerea Dunării de către trupele române serviciul sanitar se împarte în două mari secțiuni: secțiunea de pe malul drept al Dunării (teatrul de operațiuni) și cea de pe malul stîng al Dunării. Prima se află sub conducerea doctorului Carol Davila, inspectorul general al serviciului sanitar al armatei, iar a doua sub cea a doctorului Capșa, directorul general al serviciului sanitar civil. Dr. C. Davila avea la dispoziție șapte mari ambulanțe dintre care una aparținea Crucii Roșii. Cinci din ele erau instalate „în imediata apropiere a trupelor” — după cum nota un participant la aceste evenimente, T.C. Văcărescu în volumul „Luptele românilor din resbelul din 1877-1878” (București, 1887). Pe liniile de comunicație Plevna-Nicolpole se aflau două ambulanțe de evacuare (la Mecika și Muselim Selo). Ambulanțele și spitalele de la Grivița, Riben, Verbița, Mecika, Muselim Selo, Rahova, Arcen Palanka și din alte localități au îngrijit aproape 13 000 de răniți și bolnavi din rîndul trupelor proprii, al celor aliate și al celor inamice.

Drumul răniților ducea peste podul de vase pe malul stîng al Dunării spre Tr. Măgurele. Aici se aflau cinci spitale sub conducerea doctorului N. Kalinderu ajutat de medici străini întrucît, conform prevederilor Convenției de la Geneva, numeroase societăți de



● Plecarea primei ambulanțe a Crucii Roșii din București

- Carol Davila în fața unui punct sanitar de front la Grivița
- Post de prim ajutor la Mecica
- Spitalul Crucii Roșii de la Tr. Măgurele

Cruce Roșie au trimis în sprijin Crucii Roșii române, medici și material sanitar. Alături de medicii români s-au aflat, astfel, în spitalele de la Tr. Măgurele și București, medici din Anglia, Franța, Germania, Italia, Belgia și Suedia...

Greul îl duceau, desigur, ambulanțele de pe front. Nevoile acestuia au făcut ca și formațiunea Crucii Roșii să fie repartizată pe secțiuni, pe lângă divizii. Astfel ambulanța nr. 1 s-a împărțit în trei secțiuni. Prima secțiune (un medic, 5 doctoranzi, un subfarmacist, cițiva brancardieri, 4 trăsuri pentru transportul răniților, farmacie, material de pansat și 6 corturi) a fost atașată Diviziei I, mergînd pe tot frontul de la Calafat la Grivița apoi spre Tr. Măgurele pentru îngrijirea răniților încartiruiți la Măgurele și Flămînda. A doua secțiune a primei ambulanțe, în aceeași alcătuire cu prima, a plecat de la Calafat cu Divizia a II-a spre Nicopol de unde a revenit în țară pe la Tr. Măgurele. A treia secțiune a primei ambulanțe a pornit spre Nicopol, s-a deplasat la Cerno — Selo apoi, la 28 august, spre Plevna unde s-a constituit în post de prim-ajutor în apropiere de Grivița. Intervențiile ei sînt extrem de utile în urma luptelor din 30 august 1877 pentru Grivița și din 7-9 noiembrie pentru Rahova.

Acestor secțiuni li se adaugă ambulanța „Societății doamnelor din Iași”, care funcționa tot cu două secțiuni: una ca unitate spitalicească la Tr. Măgurele, alta ca secțiune de front, atașată Diviziei a IV-a pe traseul Tr. Măgurele-Grivița-Smîrdan-Tr. Măgurele.

În ziua de 28 noiembrie dorobanții români cuceresc ultimele poziții otomane de la Plevna. Rănit, Osman Pașa se predă colonelului Mihai Cerchez aureolînd contribuția armatei române la cucerirea Plevnei. Războiul continuă însă...

Însoțind trupele, ambulanțele se deplasează spre Vidin. „Davila era bolnav de antrax”, notează ziarele vremii. „Trupele înaintînd pe un timp, viforos, ambulanțele fură instalate în orașe, nu în corturi, din cauza frigului. Această perioadă a fost grea nu din cauza răniților numeroși, ci din cauza epidemiei de tifos exantematic, care seceră multe vieți. Evacuarea în țară a convalescenților nu s-a putut face decît în primăvară, cînd Dunărea s-a dezghețat și a fost liberă prin căderea Vidinului.

Evacuarea s-a făcut în special către Tr. Severin, Poiana, Băilești etc.”

Ajutorul ambulanțelor Crucii Roșii române este cu atît mai important cu cît, printre, medicii militari se înregistrau pierderi sau se întîmpleau situații ca acelea descrise de cpt. T. Mayer („Serviciul sanitar în campania din 1877-1878”): „Smîrdanul și Inova cad la 12/24 ianuarie în mîinile românilor care au 4 ofițeri morți și 7 răniți, 119 soldați morți și 316 răniți. Din lipsă de ambulanță, răniții au fost îngrijiți cîtva timp de medicii regimentelor, prin casele țărănești, iar apoi au fost evacuați la spitalele de companie organizate la Arcen Palanka și Lom Palanka. Primul era sub conducerea medicului locotenent-colonel Petrescu Zaharia, iar cînd acesta se îmbolnăvi de tifos exantematic, epidemie de care au avut de suferit mult trupele din jurul Vidinului, conducerea spitalului a trecut asupra medicului maior Corvin Ștefan. Spitalul de la Lom Palanka era sub conducerea medicului maior Popescu Mihail care, de asemenea, s-a îmbolnăvit de tifos și a murit...”

A doua ambulanță a Crucii Roșii române și-a desfășurat activitatea pe toată durata războiului ca spital de campanie la Tr. Măgurele, alături de spitalul „Societății doamnelor” din Iași. Alte spitale de campanie fuseseră create de Crucea Roșie română în București la Spitalul „Filantropia” și la Cotroceni. La „Filantropia” un număr de paturi era destinat răniților turci. Dr. Fiala, medic șef al spitalului Crucii Roșii de la Tr. Măgurele, notează în jurnalul său: „Nu se făcea nici o diferențiere în acordarea ajutorului medical decît în funcție de gravitatea cazului”. De altfel, în aprilie 1878, ziarele bucureștene publicau scrisoarea de mulțumire adresată guvernului român de un grup de ofițeri turci, prizonieri în Capitală, exprimînd mulțumiri pentru modul în care atît ei cît și trupa au fost tratați, căci „n-au fost considerați ca prizonieri în România, ci ca niște mosafiri”. Alături de trupele române, o victorie obținuse și Crucea Roșie română. O victorie în numele umanității.

La Plevna vîntul mîngîie și azi lanurile ca și în acel august 1877, cînd dorobanții s-au adunat în tranșee pentru primul atac.

Dar acum e pace...

Cristian IONESCU

BALAURUL

- O CAPODOPERĂ A LITERATURII
ROMÂNE, INSPIRATĂ DIN ACTIVITATEA
SURORILOR DE CRUCE ROȘIE
ÎN PRIMUL RĂZBOI MONDIAL -

„Apărură ochii de foc, apoi trenul se tiri negru și lung, cu geamurile întunecate, ca o reptilă sumbră. Vagoanele nesfârșite umplură stația de la un capăt la altul. Laurei i se păru un balaur”.

Astfel redă, în romanul „Balaurul”, binecunoscuta scriitoare Hortensia Papadat-Bengescu apariția trenului sanitar în gara unui oraș din spatele frontului, în anii primului război mondial. O apariție generatoare de emoții și compasiune, pentru că pasagerii acestui tren aduceau nu numai atmosfera sumbră a cimpului de luptă dar și dovezile eroismului lor. Prezintă această operă epică a cărei temă inedită — activitatea prestată în numele carității de o soră de Cruce Roșie la un post de prim-ajutor într-o gară și în spitale — constituie, prin ampla ei tratare, un primat în literatura română, dorim să aducem un pios omagiu celor care și-au jertfit viața în anii marilor conflagrații.



Inspirat de evenimentele la care scriitoarea a participat nemijlocit, în calitate de soră de Cruce Roșie, romanul „Balaurul” poate fi considerat, totodată, prin autenticitatea cadrului, situațiilor și personajelor, una din remarcabilele opere literare interbelice. O autenticitate datorată nu numai ineditului temei, ci și faptului că este, după cum aprecia criticul literar Roxana Popescu în postfața ediției din 1978, „singura narațiune a Hortensiei Papadat-Bengescu născută prin transpunerea în artă a unei experiențe”. O experiență acumulată de-a lungul celor doi ani ai primului război mondial, când asumându-și răspunderea să contribuie la îngrijirea răniților, a rămas „la postul de privire cel mai interesant” — după cum mărturisește într-o scrisoare către G. Ibrăileanu din iulie 1918.

Ce a determinat-o pe această apreciată scriitoare ca, la cei 39 de ani, ciți avea în 1916, să nu fină seama de buna sa îngrijire răniților din spitale? și să alătore răspunderilor de soție și mamă a cinci copii, pe cele de soră de Cruce Roșie, timp de doi ani, în orașul Focșani? Explicația o dă ea însăși, peste 21 de ani, în cadrul unui interviu apărut în ziarul „Rampa”, răspunzând la întrebarea: „Care este cea mai frumoasă faptă ce ți s-a vărsit în viață?”

„Nu am nici un act răsunător de oferit în public — afirmă ea — și oare l-aș oferi? Cu atât mai pu-

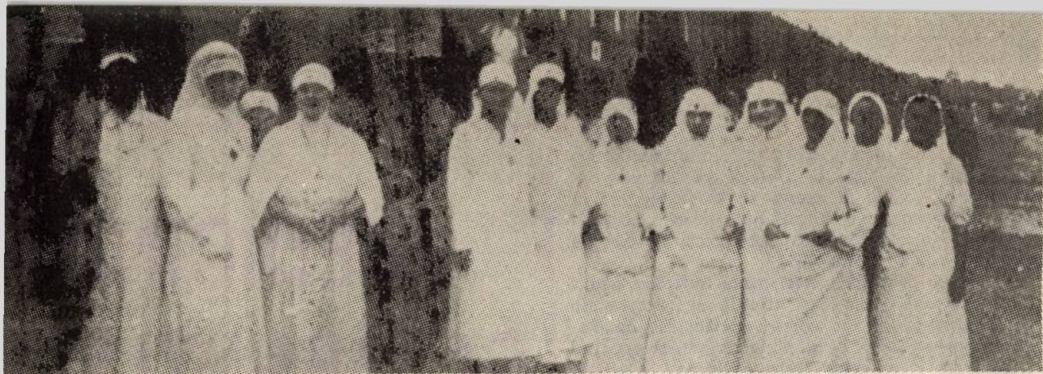
țin, cu cât faptele bune pe care mi-a fost dat fericirea a le putea face, le-am comis cu simplitate la care am adăugat discreție voită pentru a nu micșora, prin obligație, recunoștința. Am poate, totuși, de adus o faptă mai deosebită, nu strict individuală, dar unitară, ca un singur om, atât în dăruirea mea cât și în primejdia celui alt. M-am oferit cu pasiune, cu frenezie, aproape cu dezertare de la orice datorie familială, răniților. M-am identificat cu natura, cu știința, care luptau să-i salveze, la măsuri care îmi dau curajul a spune că uneori am reușit a întoarce pe unii din ei de la moarte; am ales omul cel mai simplu, soldatul, simplu, care avea mai puține resurse, și anume cazurile disperate”.

O explicație și în același timp o profesiune de credință, reflectată puternic pe parcursul romanului în comportamentul infirmierii voluntare a Crucii Roșii, Laura, eroina principală, un alter ego al scriitoarei.

Acțiunea romanului este prefațată prin redarea atmosferei nopții în care se decretează mobilizarea. Semnalul goarnei, care anunță începerea războiului, produce surpriză, neliniște și spaimă Laurei, ca și tuturor locuitorilor orașului F. (cap. I, „Goarna”). În următoarele zile — primele de război —, în care animația „cuprindea orașul până la margini”, se întrunește la prefectură adunarea plenară a Crucii Roșii la care participă și eroina romanului, venită cu „anumite aspirațiuni: să folosească și să se simtă folositoare”. De aceea „sub rezerva altor servicii viitoare, ceru postul de infirmieră în gară, unde se hotărîse înființarea unei infirmerii de prim-ajutor”. Debutul în îndeplinirea îndatoririlor propriu-zise nu a întârziat să se producă: pansarea unui locotenent cu o mică tăietură la un deget. Un debut dificil pentru că Laura „nu urmăse cursul pregătitor, organizat cu un an înainte”. Debutul îi crează „un sentiment neplăcut, descalificator” când constată că nu știe să facă un pansament. Dar în zilele următoare „în mulțimea și durerea răniților, în graba imperioasă a nevoilor, ea avea să găsească îndemnarea necesară, să capete deprinderea”.

La situațiile dramatice trăite alături de răniți se adaugă cele generate de alte tragedii ale războiului, pe ai căror eroi, aceeași infirmieră de Cruce Roșie, îi ajută să le depășească. De exemplu, pe Anicuța, fata mijlocie a popii Cristea, care în urma unei iubiri „neînvoite” cu un tânăr telegrafist, naște un copil, o ajută să trimită veste logodnicului aflat pe front (cap. IV, „Pieptarul fermecat” și cap. V, „Copilul florilor”).

Emoționante și generatoare de tensiune sînt ceasurile petrecute pe peronul gării F., în așteptarea primului tren cu răniți („Toată lumea era neliniștită, nerăbdătoare și totodată smerită, sfioasă, la gândul aștui prim semn vizibil al jertfei. Laura mai mult ca toți. De cum aflase, avea un tremur interior care nu înceta”). Dar după ore de așteptare, când apare trenul atît de sugestiv asemănat de eroină cu un balaur, ea trece brusc de la starea de eroină la cea de alertă activitate („Acum nu



Unul din multe trenuri care transportau răniți în primul război mondial întâmpinat de surori de Cruce Roșie.

mai tremura. Avea în ea o putere încordată... Nu-i era frică deloc... era o idee în funcție neobosită: ideea primului ajutor". O idee care o trimitea pretutindeni: „pe peronul acum plin de umbre culcate, aplecată peste ele, la capul brancadei...; la seringă care le injecta o întărire provizorie, la lingurița apropiată de buzele celor care păreau sfârșiți, la flaconul de eter care le înviorea fața suptă și ochii albi cu pudoarea ștearsă, la mașina mică unde clocotea apa pentru ceaiuri multe... „O idee al cărei unic scop, autoimpus de tinăra infirmieră era: „Acolo în gară, în infirmeria ei, nu trebuie să moară nici unul!”. Eficiența acestei activități, apreciată a doua zi cu competență de medicul militar, comandant al trenului de răniți constă în valorosul atestat pentru Laura: „Vreau să vă mulțumesc pentru devotamentul excepțional cu care ați primit bolnavii...; nici nu-mi închipuiam că se poate da un prim-ajutor atât de eficient; de aceste îngrijiri se va resimți mult tratamentul ulterior”. Deși învățase „din mers” să acorde primelor îngrijiri, asemenea multor femei care în acei ani deveneau surori de Cruce Roșie, Laura își îndeplinea exemplare îndatoririle. Nu numai față de răniții români ci și față de prizonieri. Înfruntând aroganța unor astfel de prizonieri, în trecere prin gară, ea îi face să cunoască omenia poporului său, oferindu-le, din proprii bani, cafea și covrigi (cap. VI. „Balaurul”).

Cu aceeași omenie alină și rănilor sufletești ale refugiaților. Înțelege suferințele familiei Damian și durerea pierderii tragice a unuia din copii — Mielușica — care, bolnavă de angină diferită, moare în tren iar trupul îi este aruncat de către ceilalți călători, de teamă contagiunii. Ascultându-i pe părinții fetei, Laura își dă seama că războiul este un balaur care „înghite, așadar, tot ceea ce omul a durat anevoale pentru genul uman” (cap. VII. „Om către om, fiară”). În decoul deprimant creat de război, ziua trecerii prin oraș a unor regiamente din armata rusă aliată este descrisă ca un moment în care renas speranțele și curajul (cap. VIII. „Prin ceață”). Dar imaginea sumbră a războiului domină continuu gară, înclinându-se cu fiecare tren — cu refugiați, cu trupe sau cu răniți. La orice tren, Laura, ajutată de cercetași, împarte apă, pine și chiar coniac, cumpărat tot cu banii ei, deși întâmpină, uneori, împotrivirea unor ofițeri de a o primi în trenurile cu răniți (cap. IX. „Ladul”).

Paralel cu „evenimentele” gărilor, descrise amănunțit în capitolul XI („Dascălul Gore de la Sf. Vineri”), Hortensia Papadat-Bengescu prezintă și tragedia din saloanele spitalului organizat în oraș de Crucea Roșie. Laura începe să le cunoască atunci când este invitată de colege să vadă „omul căruia i se vede inima”, un ostaș din Regimentul „Argeș” și „țărăn de pe acolo... frumos, tânăr și

asa de distins”. Îl vizitează mereu, asistă la pansarea lui, îi vede toracele rupt de o schijă de obuz, îi ascultă „vijelia șuierătoare”, constată agravarea stării sale de la o zi la alta, ca, într-o dimineață, să-l găsească în „odaia agonizantilor”, alături de unii pe care viața îi părăsise (cap. X. „Omul căruia i se vede inima”). De atunci se oferă să facă de gardă și la spital, singură, seara de la 7 la 11, când „boala e mai grea”. Învingându-și groaza, îngrijește un soldat căruia i se făcuse o trepanație. Un țigan, cu capul acoperit de bandaje, cu buzele zdrobite și cu un ochi pierdut, care apreciindu-i ajutorul își invocă mama moartă: „Mămuca mea din cer!... Vezi pă Dobre al tău?... Uite mămuco, ce înger stă la patul lui Dobrică!... Când Laura vrea să plece, rănitul îi spune încet, stins: „Mai stai! Mai dă-mi apă!” Apoi, recunoscător grijii arătate, o roagă: „Spune-mi cum te cheamă!... Cum te cheamă? Ca să te pomenesc! Spunându-i numele — Laurenția — rănitul îl rostește stălcit, cu eforturi: „Ariinția... Ariinția”, dar „plin de siguranță, pătruns, evlavios”. A doua zi, când îl găsește și pe Dobre în aceeași „odaie a agonizantilor” infirmiera de Cruce Roșie încearcă, firesc, o profundă tristețe (cap. XII. „Ca să te pomenesc!”).

În contrast cu Laura este prezentată „coana moașă”, colega ei la infirmeria gării. Vorbăreață, „romanticoasă din fire”, întreprinzătoare, energică, trecând brusc de la glumă la plîns, contrastează cu fiica ei, palidă și timidă (cap. XIII. „Coana moașă”).

Omenie deosebită manifestă eroina principală și față de artileritul rus Ivan, suferind de o boală care „se agravează fără a se preciza”, când este adus la infirmerie de medicul regimentului său, oprit în gară. Admirând puternica prietenie care îi leagă pe camarazii lui de armă, și mai ales pe Vasilia de Ivan, infirmiera Crucii Roșii române asigură pe medicul regimentului de „perfecta solitudine a tuturor pentru bolnavi și aliați”. Apoi, sfidând pericolul îmbolnăvirii la care se expune, „puse mina pe fruntea fierbinte a părăsitului, îi vorbește cu înțelepciune de el, cuvinte de mângâiere, de nădejde”. (cap. XIV. „Tovarășii”).

Laura îi îngrijește îndeosebi pe soldați pentru că „era bine hotărâtă să aibă de a face cu soldatul de rînd pentru a fi despărțită de formulele de rang și precădere”. Explicația reflectă, de fapt, concepția Hortensiei Papadat-Bengescu care, într-o autobiografie, mărturisește: „Deodată cu abecedarul am învățat că Ion, soldatul de ordonanță al tatălui meu, trebuia scotit un prieten al casei noastre”. Și totuși infirmiera de Cruce Roșie îngrijește cu egală atenție și pe locotenentul de rezervă Cojocariu — învățător din părțile Rîmni-

cului. Poate și pentru firea lui „usturoasă și aspră”, pentru dorința „să prefacă, să facă ceva, el pentru toți”. Cînd și acesta se sfîrșește, fără să aibă „nici familie, nici popă, nici gardă”, Laura îl însoțește, cu toată vremea potrivnică, pe ultimul drum (cap. XV, „Dihorul”).

Martoră și părtașă la suferințele răniților, Laura este nevoită să suporte și nopțile de teroare ale bombardamentelor de aviație dezlănțuite de inamic asupra orașului, ca și zilele de panică produsă de plecarea localnicilor către Moldova. În aceste condiții continuă să meargă la spital, unde asistă, între altele, la amputarea piciorului lui Ion Cizmaru, „veselul căprar” și la ultimele clipe ale unui sergent major. (cap. XVI, „Temnița”). Cu același stoicism suportă și întinutecata perioadă a ocupației germane, cînd „oamenii zilei” erau ofițerul neamț, care, deși seminarist, nu ezita să tragă ziua cu mitraliera iar seara să cînte la pian „preludii de orgă”, subchirurgul austriac găzduit de popa Cristea, care cere de soție pe Anicuța, fiica acestuia (cap. XVII „În întineric”), precum și pe bătrînul argintar, cinic și filozof, care deși cîștigă bine sub ocupația germană, dorește victoria armatei române în rîndurile căreia se află patru fii ai săi (cap. XVIII „Bătrînul argintar”).

Momentele anunțării armistițiului — generator de speranțe pentru cei care au suferit brorile războiului dar și de temeri pentru profitorii de pe urma ocupației —, al întoarcerii la cămine a supraviețuitorilor și al primirii înștiințărilor despre cei căzuți la datorie, sînt redată cu minuție și talent de către scriitoare (cap. XIX, „Nădejdi” și cap. XX, „Cei care au murit”). Ultimele două capitole ale romanului („Carnetul zilelor pustii” și „Reînvierea”) se constituie într-un aspru rechizitoriu adresat războiului și celor care l-au declanșat, zilele de pace care urmează fiind cele care dezvăluie consecințele tragice ale conflagrației. În această atmosferă, Laura, după atîtea dureri văzute, „simțea că trebuie să trăiască și aștepta viața”...

Roman de la apariția caruia se împlinesc, în 1988. 65 de ani, „Balaurul” s-a bucurat de apre-
cieriile criticilor în tot acest timp. Astfel, într-o observație succintă E. Lovinescu spunea în 1928: „Balaurul, cu deosebire, este războiul nostru, văzut dintr-o ambulanță cu ochiul lucid al unei infirmiere, ce-și trece în cuptoarele emoției întregul material obiectiv”. Semnificativă este însă aprecierea exprimată de Tudor Vianu, într-un articol apărut în „Gazeta literară”, în martie 1955, la decesul Hortensiei Papadat-Bengescu: „Scriitoarea compune după sfîrșitul războiului un volum pe care nu ezită să-l trec printre capodoperele ei, Balaurul”.

O capodoperă literară dar și o remarcabilă cronică a participării Crucii Roșii române, a nenumăratelor femei ce au acționat în rîndurile ei, la lupta întregului nostru popor în anii primului război mondial. O capodoperă realizată de o scriitoare care a făcut cînte atît literaturii noastre cît și acestei organizații.

Nicolae TURTURESCU

MEDICINA ȘI DREPTUL

Se știe că apărarea vieții privită ca fenomen excepțional, unic în marea sa diversitate și inestimabil ca valoare, este sarcina de bază a medicinii. Dar ce este medicina? Este ea artă sau știință? A fost o vreme în care această îndeletnicire era considerată doar artă, cu înțeles de meșteșug. Pe măsură însă ce omenirea a acumulat tot mai multe cunoștințe generale în toate domeniile, medicina a devenit tot mai mult o știință, astfel încît mulți sînt tentați astăzi să o considere doar știință. Dar „actul medical nu poate să fie un gest de simplă cunoaștere științifică”, după cum afirmă, pe bună dreptate, Charles Blondel. Medicul trebuie să-și utilizeze cunoștințele generale în cazuri concrete, particulare. Este medicina doar știință și artă? Nu, căci așa cum remarcă cîndva F. Rabelais, „știința fără conștiință înseamnă ruina sufletului”, și cît de bine înțelegem astăzi acest lucru, într-un secol în care se pune mai acut ca oricînd problema uriașei responsabilități în știință! Medicina este deci o îmbinare fericită între știință, artă și conștiință, avînd ca esență etică dragostea pentru oameni. „Ferg röhste Grund der Artzney ist die Liebe” (Cea mai trainică temelie a medicinii este iubirea) spunea celebrul medic Theophrastus Bombastus von Hohenheim, supranumit Paracelsus. Medicina ca practică a apărut încă din cele mai vechi timpuri, răspunzînd necesității în-
traajutorării oamenilor, în condițiile cristalizării primei forme de umanitarism — cel gentilic. În același timp, răspunzînd necesității de ordine socială, a apărut și dreptul, sub forma unor prime preocupări de reglementare a vieții sociale, în cadrul comunităților primitive. Astfel, medicina și dreptul au apărut și s-au dezvoltat în paralel, odată cu evoluția societății, înregistrînd desigur, perioade de creștere dar și perioade de stagnare și chiar de declin. În ceea ce privește relațiile dintre ele, se poate afirma că dreptul a rămas dator profesiei medicale, deoarece atunci cînd au încercat să reglementeze practica medicală, legile au oscilat între severitate maximă și toleranță nejustificată. În aceste condiții, spre cîntecul lor, medicii au fost acei care și-au elaborat singuri propriile norme morale de conduită profesională. Din interacțiunea normelor etice cu cele juridice privind practica medicală, rezultă domeniul deontologiei medicale. După Gh. Scripcaru și T. Ciornea, „conținutul deontologiei medicale este în esență conținutul eticii generale a unei etape istorice și a unei societăți, reflectat prin cerințele proprii ale profesiei medicale”. Prin prisma axiologiei medicale „morală medicală se află la intersecția valorilor individuale cu cele instituțional-sociale”, aco-

lo unde „Instituția și norma tind să se încorporeze în personalitatea și aspirațiile noastre”. Este interesant de remarcat faptul că dacă, cu ani în urmă, medicina a făcut primul pas către drept prin una dintre disciplinele sale — medicina legală —, astăzi asistăm la un proces caracterizat prin tendința reală de evoluție a deontologiei medicale către constituirea unui adevărat drept medical. Dreptul medical, în colaborare cu medicina legală va trebui să studieze incidența legilor asupra actului medical și incidența faptelor medicale asupra dreptului. În procesul de constituire a dreptului medical, un rol important îl joacă jurisprudența medicului. La baza dreptului medical vor sta principiile eticii medicale (pe care la un moment dat unii au încercat chiar să o nege) care au guvernat întreaga activitate a medicilor de-a lungul veacurilor până în zilele noastre.

În China antică primul legământ profesional medical apare într-o legendă în care savantul medic Hua Thua, este inițiat în tainele vindecării bolilor, citind o carte a zeilor păzită de spiriduși într-o peșteră, numai cu condiția ca toate cunoștințele dobândite să le pună în slujba văduvelor și orfanilor. Tot în China antică, marele medic Su-en-seu-mo recomanda confrăților săi ca „apropiindu-se de bolnav să se pătrundă de milă și simpatie, să facă făgăduință de a da ajutor la orice durere oricărei ființe însușite, fără a ține seama de rangul, de averea, de vîrstă, de frumusețea, de inteligența acesteia” și să-i considere pe toți bolnavii drept prietenii lor cei mai scumpi.

În India, în „Ayur Veda” (Cartea vieții) întâlnim un adevărat legământ profesional prin care medicul se angajează să-i trateze pe săraci, să nu pretindă o plată mai mare decît cea cuvenită, să păstreze secretul profesional și să aibă o conduită corectă.

Iată că în antichitate, într-o lume împărțită pe clase, plină de inechități, dominată de legea talionului, într-o lume în care viața sclavilor depindea de bunul plac al stăpînului, medicii, ignorînd discriminările de clasă și rang social, considerînd pe toți oamenii egali în fața suferinței, au dat dovadă, așa cum s-a spus, „de un înalt umanism și demnitate, și prin aceasta au demascît secolele și milenii”. Dintre toate legămintele medicale cunoscute în lumea antică, exemplul cel mai strălucit îl constituie Jurămîntul lui Hipocrate. El a constituit timp de 2 500 de ani codul etic de referință în profesiunea medicală. Acest jurămînt decurge, după cum spune Gh. Brătescu, „dintr-o enormă experiență umană și profesională”. Lectura sa, afirmă același autor, „reprezintă oricînd un prilej de încîntare sufletească și de delectare intelectuală”. Marcel Martiny îl consideră o capodoperă a gîndirii elene, o operă la fel de perfectă ca și Partenonul sau operele sculpturale grecești. Charles Singer consideră că acest jurămînt a asimilat o parte din angajamentul pe care adoratorii zeiței Adgistis și-l luau cu ocazia intrării în templul acestuia, iar Ludwig Edelstein îl consideră ca un manifest pitagoreic de la sfîrșitul secolului al IV-lea î.e.n. Fără a nega faptul că jurămîntul a fost elaborat de Hipocrate, este foarte posibil ca el să fi fost influențat atît de principiile etice ale școlii pitagoreice, cît și de arhetipuri din lumea străveche a Asiei și a Orientului. Cert este faptul că s-a bucurat de un imens prestigiu de-a lungul vremu-

rilor atît în lumea creștină cît și în lumea musulmană. În secolul al XX-lea, în procesul medicilor naziști de la Nürnberg, jurămîntul a străbătut de la un capăt la altul, ca un fir roșu conducător, cursul dezbaterilor.

Toate jurămintele și legămintele profesionale medicale ulterioare au fost concepute după Jurămîntul lui Hipocrate și au fost influențate de spiritul hipocratic. Dintre acestea menționăm: Legămintele absolvenților școlilor de medicină în secolele al IV-lea și al V-lea e.n.; Jurămîntul medical al lui Asppach (medic din secolul al VII-lea) Jurămîntul medical al lui Amatus Lusitanus (medic din Portugalia, secolul al XV-lea); Rugăciunea medicală a lui Iacob Zahalon (medic din Italia, secolul al XVI-lea); Jurămîntul sub formă de rugăciune, atribuit lui Mosos Maimonide (Musa Ibn Maimun), filozof și medic din secolul al XII-lea); Jurămîntul medical din Rusia dinainte de Marea Revoluție din Octombrie; Jurămîntul Consiliului Ordinul medicilor din Franța; Jurămîntul medical al absolvenților Facultății de medicină din Montpellier (care se pronunță și astăzi); Jurămîntul de la Geneva; Rugăciunea medicului, expusă de Papa Pius al XII-lea, la 8 mai 1957, și la noi în țară; Jurămîntul medical prevăzut de Statutul personalului sanitar din R.S. România. Cine urmărește modul în care a evoluat conținutul acestor legămintele profesionale medicale de-a lungul timpului, poate observa că, pe măsură ce societatea a înregistrat importante modificări (de ordin economic, social-politic și religios), ele și-au schimbat structura, laicizîndu-se și îmbogățindu-se cu noi valențe. Astfel, Jurămîntul de la Geneva prevede, pentru prima oară, depășirea limitei maximei diligente posibile și a unei credințe în asumarea unei responsabilități, stabilind că nici o situație de forță majoră nu scuotește pe medic de răspundere atunci cînd acesta este obligat să acționeze împotriva intereselor umanității. Jurămintele medicale, păstrînd spiritul hipocratic, au evoluat, s-au modernizat. Ele reflectă din ce în ce mai mult realitățile social-politice și stadiul de dezvoltare al medicinei în societate, rolul social al medicinei moderne, noile concepte despre sănătate. Astăzi, principiul necesar „primum non nocere” nu se mai dovedește a fi suficient în practica medicală. Medicul modern, asumîndu-și din ce în ce mai multe responsabilități, pe cuvînt de onoare și răspunzător în fața propriei sale conștiințe, evitînd practicile iatrogenice, combătînd bolile și desfășurînd o bogată activitate profilactică, tinde către acel ideal al medicinei viitorului — medicina omului sănătos. Prin jurămîntul medical, medicina românească se înscrie pe linia nobililor tradiții ale medicinei hipocratice universale.

Dr Aurelian CONDURACHE



Rețeta medicală s-a născut în urmă cu aproximativ 6 000 de ani, ea trecând cu bine prin secolul civilizației elene, al legiunilor romane și rezistind hordelor barbare, războaielor și epidemiilor, Evului Mediu, Cruciărilor etc., ca un simbol al dorinței oamenilor de a căuta prevenirea și vindecarea înolnăvirilor. Multe metode și simboluri din trecut au supraviețuit până în zilele noastre, chiar dacă înțelesul lor original s-a schimbat în decursul timpului, ori s-au alipit unei idei cu totul de altă natură, schimbându-se chiar înfașșarea. Altele au rezistat și sînt utilizate și azi în viața de toate zilele; între ele cităm și abrevierea „Rp” pe care o scriu medicii în fruntea rețetelor. Originea ei se pierde în vechea și misterioasă civilizație a Egiptului antic. Abrevierea avea la origine un desen reprezentînd ochiul lui Horus-Re, zeul egiptean al soarelui. Egiptenii credeau că lupta dintre bine și rău se dă și în „ceruri” nu numai pe „pămînt”. Zeii Egiptului mitic erau intruchipați cu caracteristici omenești. Conform unei legende egiptene, Seth, zeul răului și al întunericii, era în conflict permanent cu fiul său Osiris, zeul luminii și al binelui, care era și căpetenia zeilor. Seth a reușit să-l omoare pe Osiris, însă Horus-Re, fiul lui Osiris s-a jurat să-și răzbune tatăl și să scape omenirea de puterile întunericii și ale răului. Într-o luptă cu Seth, bunicul său, îl doboară, dar își pierde un ochi; Horus-Re fiind zeul soarelui, accidentul lui a fost urmat de o eclipsă de soare. Thoth, zeul vindecărilor, l-a tratat ochiul și odată cu el a readus lumina soarelui. Atunci Horus-Re a devenit zeul principal al religiei egiptene și ochiul său a devenit un simbol popular de apărare împotriva răului, durerilor și a bolilor, credința ce a supraviețuit, în oarecare măsură, dar într-o formă inversată, în superstiția deochiului.

Să urmărim în continuare povestea interesantă a transformării ochiului lui Horus-Re în R-ul tăiat al rețetei medicale a zilelor noastre. Imperiul egiptean era mare și puternic, templele fiind centre religioase, dar și focare de învățămînt medical. Toate popoarele din acea vreme aveau o deosebită stimă pentru învățării și preoții Egiptului, care se preocupau și de matematică, arhitectură, astronomie, medicină, farmacie etc. De-a lungul istoriei, învățării egipteni

ISTORIA UNEI ABREVIERI MEDICALE

și-au răspîndit cunoștințele și în alte țări: astfel, știința egipteană a contribuit la înflorirea secolului de aur al civilizației Greciei și a dat rădăcini noi Imperiului Roman. Zeii vechilor religii s-au contopit cu cei ai culturilor mai tinere. Astfel Horus-Re, zeul egiptean al soarelui, a fost identificat întii cu Zeus al grecilor și apoi cu Jupiter al romanilor. Prin această metamorfoză, ochiul lui Horus-Re a devenit, într-o formă modificată, semnul lui Jupiter. Ca și astronomii egipteni și cei romani au dedicat diferitelor planete numele zeilor lor, iar „semnul zeului”, fostul ochi al lui Horus-Re, a devenit simbolul planetei Jupiter pe care astrologii o socoteau o planetă norocoasă. Dar în evoluția omenirii a venit și declinul imperiului Roman, iar monoteismul a început să se răspîndească în lumea întreagă. Cu moartea zeilor păgîni a dispărut și aproape tot ce era legat de ei; dar semnul lui Jupiter, fostul ochi al lui Horus-Re, a supraviețuit.

Primele secole creștine au fost o perioadă de tranziție, cînd deseori vechiul s-a amestecat cu noul. Secta gnosticilor a încercat să contopească diferite curente religioase independente și a folosi: semnul lui Jupiter ca simbol, păstrîndu-l în tot timpul secolului al III-lea, cînd au început invaziile barbare. Au urmat secole întunecoase, cînd domnea cea mai cumplită ignoranță, și cînd cunoștințele erau învăluite în taină sau misticism iar pușinii învățați care încercau să mai cerceteze manuscrise și tomuri erau socotiți vrăjitori. Acești astrologi și alchimişti au păstrat ultimele rămășițe ale vechii științe egipteano-greco-romane. Termenul de alchimie, premegător celui de chimie modernă, își trăgea numele din cuvîntul „khami”, vechiul nume al Egiptului. Alchimişti, în bezna intelectuală care îi înconjura, au confundat frecvent realitățile cu superstițiile. În practica medicală, lipsiți de date precise, au încercat să se descurce cu tot felul de cunoștințe, bune sau rele, adevărate



Ochiul lui Horus, zeul egiptean al soarelui, simbolizînd apărarea omului de către forțele binelui.



Mai tîrziu, ochiul lui Horus a devenit simbolul lui Jupiter, tatăl zeilor romani.



În forma finală, ochiul lui Horus a devenit R cu coada tăiată al medicilor de azi.

sau bazate pe superstiții. Scriau formule medicale conținînd droguri împotriva bolilor, punînd semnul lui Jupiter deasupra formulei, deoarece își închipuiau că influența planetei norocoase va apăra de orice influență rea și, astfel, vechiul ochi al lui Horus-Re sub o formă modificată a continuat a fi apărătorul de boli. Metoda scrierii rețetelor medicale a continuat și în secolul al VII-lea, în timpul ascendenței arabilor. Și medicii arabi, care au ocupat un loc de frunte în istoria medicinei, obișnuiau să utilizeze semnul lui Jupiter în stînga și deasupra rețetelor lor, iar medicii Evului Mediu, urmașii lor, au răspîndit acest semn în toată Europa. Cînd latina a devenit limba oamenilor de știință, semnul lui Jupiter a căpătat o nouă înfașșare, latinizată. Sub această formă el reprezintă probabil prima și ultima literă a numelui Rafael, „îngerul soarelui”.

Și astfel, astăzi, în forma lui finală, ochiul lui Horus-Re, semnul lui Jupiter, este notat în partea de sus și stînga a rețetelor și, probabil, va continua să existe încă multă vreme.

Dr. Aurel ROSIN

DE-A LUNGUL TIMPULUI

● În Evul Mediu exista părerea larg răspândită că suferinzi de anemie ori slăbiți după o boală îndelungată, bînd supă de vepără „prind puteri văzînd cu ochii”.

● Pînă la începutul secolului al XV-lea, în Europa, chirurgia era socotită specialitatea... frizerilor.

● După cum consemnează mărturiile timpului, pe la 1630, medicii parizieni recomandau pacienților același tratament, indiferent de afecțiunile celor în cauză. El consta din înghițirea unui purgativ, efectuarea unei clisme și luarea de sînge. Ușor de imaginat cît de „reconfortați” se simțeau după un asemenea tratament, nevroticii, diabeticii și anemicii...

● În 1654, arhiepiscopul irlandez John Litteroot a anunțat în mod public că, după studii îndelungate și calcule efectuate personal, a ajuns la concluzia fermă că omul a apărut pe pămînt în anul 4004 înainte de Hristos, în ziua de 23 octombrie, exact la ora 9 dimineața! Sfinția sa a păstrat discreție absolută asupra - cum am zice azi - surselor bibliografice consultate...

● O rețetă mult folosită însecolele al XVI-lea și al

XVII-lea, pentru gălbînire: „Înmuiati în fiecare dimineață puțin găinaț de gîscă într-o jumătate de pahar devin dați-i (bolnavului n.n.) să bea timp de 9 zile și veți vedea rezultatele surprinzătoare”!

● Iată cîteva comunicări științifice, susținute de medicii secolului al XVII-lea: „Este femeia o operă perfectă a naturii?”; „Parizienii sînt expuși la tuse cînd bafe vîntul de Nord?”; „Natura poate mai bine decît educația, să formeze eroi?”. Dizertațiile aveau loc în fața unor comisii universitare ale facultăților de medicină, iar discuțiile se purtau numai în latinește în fața unui public care căsca gura și la propriu și la figurat...

● În timp ce lua masa la un mare feudal, Rabelais - scriitor, medic și preot francez - este ironizat de către amfitrion: „Ce-ți pasă, domnule; dumneata îți tratezi bolnavii și tot dumneata îi duci la groapă...” Autorul lui Gargantua și Pantagruel i-a răspuns cu un ton foarte firesc: „Dar este știut, senioria voastră, că anumite lucruri delicate, trebuie făcute de una și aceeași mînă”!

● Printre multe recomandări medicale, care azi ne fac să

zîmbim îngăduitori, în tratatul „Politeia nouă” - cu largă circulație în cercurile aristocratice europene de la sfîrșitul secolului al XVII-lea, se află și acesta: „Copiii își vor curăța fața cu șervet alb. Acesta curăță și lasă tenul și culoarea, în forma ei naturală. Spălatul cu apă, pune în pericol vederea, provoacă dureri de dinți, face fața palidă și sensibilă la frig iarna și la arșită, vara...”

● În „Pharmacopeea” lui Charos - considerat o mare somitate medicală pe vremea lui Ludovic al XIV-lea - se recomandă negru pe alb: „Sare de broască rîioasă contra hidropiziei, găinațul de păun contra epilepsiei, cenușe de albină pentru creșterea părului, sare de crustaceu și de rîmă contra gutei, ulei de furnică împotriva surzeniei” etc.

● În secolul al XVII-lea a produs mare senzație, comunicarea unui membru al celebrei Academii franceze, în care preciza foarte categoric că, după calculele sale, Adam avusese o înălțime de 37 de metri și 73 de centimetri, în vreme de tovarășa sa, Eva „numai 36 de metri și 19,5 centimetri înălțime”!

● La 1898, doctorul Toma Tomescu din București, a fost primul român, posesor al unui automobil, cumpărat de la o expoziție londoneză. Bucureșteanul de rînd, căsca gura pe întrecute, privind-l cum mergea cu automobilul la bolnavii săi, în timp ce mustăcioșii birjari muscali, erau supărați foc pentru că pierduseră un client de vază, care nu se uita deloc la bacșiș...

● Spre sfîrșitul secolului al XIX-lea, în timpul unei șezători literare, Titu Maiorescu aflînd că tatăl Aristizzei Romanescu - actorul Costache Dimitriade - a publicat o apreciată carte de medicină, iar doctorul Obădenaru, o piesă de teatru aflată în repetiție la Naționalul bucureștean, a exclamat nedumerit: „Ciudată țară e România: doctorii scriu piese de teatru iar actorii, cărți de medicină!”

Culese de Aurel CODREANU

CEA DINTII DOCTORIȚA DIN ROMÂNIA

...Se numea Maria Cușarida. S-a decis să urmeze o profesiune științifică, considerînd, că femeia poate face mai mult pentru societatea în care trăiește. Era un mare act de curaj să bați la porțile științei în acele vremuri cînd femeia continua să fie socotită inferioară bărbatului.

Maria Cușarida era originară din Călărași, născută în anul 1856. La 22 de ani o găsim studentă la Facultatea de medicină din Montpellier (Franța). Ličența și-o dă la Paris. Lucrarea sa de doctorat, la fel de actuală și azi, tratează cancerul uterin. Este domeniul în care va lucra

și va studia și după întoarcerea în țară. După ce este un timp medic șef al secției de ginecologie de la Spitalul „Filantropia” din București, i se oferă o catedră de igienă. Apoi ocupă postul de medic la Fabrica de tutun și chibrituri din București.

Mariel Cușarida îl revine meritul de a fi organizat primele leagăne pentru copii de muncitori. A profesat medicina cu pasiune, cu conștiința menirii sociale pe care o are medicul.

A luptat, de asemenea, pentru emanciparea femeii. A decedat în anul 1919.

AZOMUREȘ

TIRGU MUREȘ

UZINA DE

materiale
FOTOSENSIBILE



produce și livrează

AZOIX

RX-2

film radiografic medical

o Film radiografic cinematografic AZOIX AX - 1

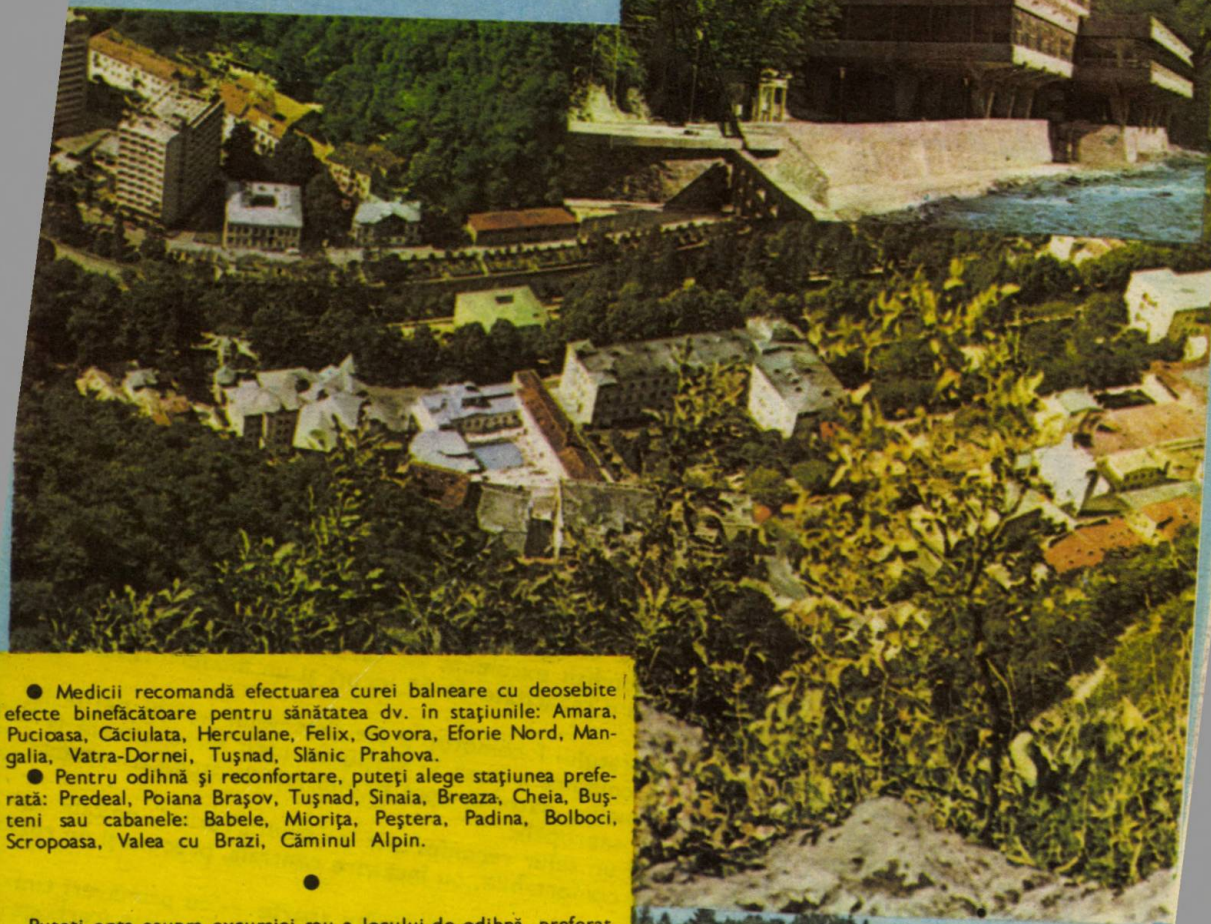
o Film radiografic seriografic AZOIX SX1

o Film radiografic angioseriografic AZOIX ASKI

I.T.H.R.B.

Vă invită să participați la:

- Excursii duminicale cu trenul pe Valea Prahovei;
- Excursii cu durata de 2—3 zile, avînd ca traseu:
 - Valea Oltului
 - Valea Prahovei
 - Valea Buzăului
- Excursii și pe alte trasee se pot organiza, la cerere, pentru colective de oameni ai muncii din unitățile economice bucureștene.



● Medicii recomandă efectuarea curei balneare cu deosebite efecte binefăcătoare pentru sănătatea dv. în stațiunile: Amara, Pucioasa, Căciulata, Herculane, Felix, Govora, Eforie Nord, Mangalia, Vatra-Dornei, Tușnad, Slănic Prahova.

● Pentru odihnă și reconfortare, puteți alege stațiunea preferată: Predeal, Poiana Brașov, Tușnad, Sinaia, Breaza, Cheia, Bușteni sau cabanele: Babele, Miorița, Peștera, Padina, Bolboci, Scropoasa, Valea cu Brazi, Căminul Alpin.

Puteți opta asupra excursiei sau a locului de odihnă preferat, vizitînd

AGENȚIILE DE TURISM ALE I.T.H.R.-București:

- Bd. Nicolae Bălcescu 35, telefon 15.74.11;
- Bd. 1848 nr. 4, telefon 14.98.81;
- Bd. Republicii nr. 68, telefon 14.08.00;
- Calea Moșilor, bloc 55 bis, telefon 19.28.50;
- Str. Luterană nr. 4, telefon 14.21.77/2958;
- Calea Griviței nr. 148, telefon 17.32.26;
- A.C.R. Șoseaua Colentina nr. 1, telefon 35.02.15;
- Orașul Buftea, Sectorul agricol Ilfov, str. 16 Februarie nr. 16, telefon 909/20.748.





CONDIȚII EXCELENTE
DE CAZARE ȘI MASĂ ÎN

MODERNE UNITĂȚI TURISTICE

Situată la o altitudine de 139 m, într-o pitorească zonă colinară, dominată de păduri de stejar, beneficiind de o climă blândă, stațiunea balneoclimaterică Lipova (județul Arad) are izvoare cu apă minerală carbogazoasă, feruginoasă, bicarbonată, calcică, sodică, magneziană, hipotonă. Altitudinea mică, climatul de crușare și posibilitățile de cură externă și internă o recomandă suferinzilor de afecțiuni cardiovasculare, ale tubului digestiv și glandelor anexe, precum și celor cu suferințe ale căilor urinare.

Oaspeților veniți la cură li se oferă condiții excelente de cazare și masă la Hotelul „Lipova” (foto 1), unitate de categoria I, cu o capacitate de 54 locuri și un modern restaurant (telefon 960/61377).

Pentru persoanele cu afecțiuni ale aparatului locomotor și ale sistemului nervos periferic, precum și pentru cele cu afecțiuni ginecologice o cură în stațiunea Lacu Sărat, situată la 5 km de municipiul Brăila, are efecte benefice datorită apei lacului (clorurosodică, sulfată, magneziană concentrată) și nămolului sapropelic.

Pe timpul curei se poate beneficia de un sejur reconfortant la Hanul „Turist”, unitate turistică cu 66 locuri de cazare în camere confortabile, cu încălzire centrală, precum și de restaurantul său cu terasă.

Stațiunea Buziaș, datorită altitudinii mici (128 m), climatului aparte — cu primăveri timpurii, veri călduroase și ierni blinde —, precum și izvoarelor cu ape minerale (carbogazoase, feruginoase, bicarbonatate, cloruro-sodice, hipotone, atermale), este recomandată celor cu afecțiuni ale aparatului cardiovascular și ale sistemului nervos central.

Cei veniți la cură la Buziaș pot beneficia de serviciile Hanului „Silagiu” (tel. 963/31832), unitate de categoria I (foto 2), care pune la dispoziția oaspeților 59 locuri de cazare și un elegant restaurant.

Locuri în aceste unități turistice se pot reține și de la Agenția de turism din București, str. 13 Decembrie nr. 26, Sector I, telefon 14 52 09.



NOUTĂȚI LA

Vatra Dornei

Pornind de la potențialul hidro-mineral existent, la care se adaugă nămolul de turbă și climatul subalpin, Vatra Dornei ocupă un loc de frunte în constelația stațiunilor de odihnă și tratament. Amenajările și dezvoltările din ultima perioadă asigură condiții optime pentru efectuarea unei largi game de proceduri balneo-fizio și hidro-terapice.

Diversificarea profilului de bază — boli cardiovasculare și ale aparatului locomotor — se referă la introducerea tratamentelor afecțiunilor ginecologice pe bază de nămol, extinderea pneumo-terapiei cu ape sulfuroase de Iacobeni (localitate din județul Suceava) și reluarea curei interne la izvoarele din parcul stațiunii.

La cabinetele medicale se aplică în mod curent, din acest an, tratamente pe bază de Gerovital, Aslavital, Boicil și Pell-Amar, precum și cu acupunctură.

Stațiunea dispune de condiții pentru odihnă activă și cură de antrenare iar din anul acesta s-a introdus cura profilactică activă.

Terapia prin mișcare ocupă, de asemenea, un loc important în activitatea de recuperare: gimnastică medicală în sală sau la bazinul acoperit, completată cu o cură de teren pe aleile parcului stațiunii, marcate în acest sens, este mult solicitată și apreciată de cei veniți la tratament.

O noutate deosebită la Vatra Dornei începând tot din acest an o reprezintă mofetele care vor completa gama posibilităților de tratare a afecțiunilor cardio-circulatorii.

O atenție deosebită este acordată petrecerii timpului liber, agrementului. Excursiile și drumețiile, plimbările cu minicarul și telescaunul în anotimpurile calde iar iarna practicarea sporturilor specifice — schi, săniuș, patinaj — completează tratamentul balnear și creează posibilitatea petrecerii plăcute a orelor libere.

POSSIBILITĂȚI MULTIPLE DE
TRATAMENT

SOVATA



Stațiunea balneoclimaterică Sovata se caracterizează printr-o climă cu efecte sedative asupra organismului și factori naturali de mare valoare terapeutică: apa clorurosodică și nămolul sapropelic.

Sursa apei clorurosodice, de mare concentrație, o reprezintă bazinul celui mai mare lac helioterm din Europa, cunoscutul lac „Ursu”.

Nămolul sapropelic, pus în evidență în ultimii ani de cercetările științifice efectuate la lacurile „Ursu” și „Aluniș”, constituie un nou factor terapeutic ce se utilizează din acest an.

Procedurile cu factori naturali sînt completate printr-o gamă foarte largă de proceduri asociate (masaj, electroterapie, hidroterapie și cultură fizică medicală).

Complexele de proceduri terapeutice se recomandă în afecțiunile aparatului genital feminin (stări cronice inflamatorii cervico-vaginale și utero-anexiale, stări alergice postoperatorii, diferite forme de sterilitate feminină). Stadiul în care este indicată cura balneară în aceste afecțiuni este stabilit, în funcție de evoluția bolii, de către medicul ginecolog. De asemenea, sînt influențate favorabil stările dishormonale (perturbări ale ciclului menstrual), ovariene și tiroidiene hipofuncționale. Rezultate bune se pot obține în stările de premenopauză cu multiple tulburări neurovegetative și algiile musculare.

În reumatismul cronic degenerativ (spondiloze ale coloanei vertebrale), cu nevralgii cervico-brahiale și sciatalgice, se obțin rezultate favorabile prin programe de kinetoterapie în apă sărată și împachetări cu nămol iar în artrozele articulațiilor periferice se obțin ameliorări ale componentei dureroase. Cele mai bune rezultate se constată în reumatismele abarticulare (periartrite, tendinite).

Prin climatoterapie și proceduri sedative (băi de plante, băi cu bule, programe de gimnastică de relaxare și cură de teren) se influențează favorabil și nevrozele, iar prin cure profilactice (de relaxare), recomandate la Sovata în stări de oboseală și în disfuncțiile minore ale aparatului locomotor, se pot obține rezultate bune.

Respectarea indicațiilor medicale în pregătirea organismului pentru cura în stațiunea Sovata asigură o eficiență maximă tuturor procedurilor.

Totodată, aici se pot efectua tratamente atât în scop profilactic, cît și terapeutic, cu produsele Gero-vital, Aslavital, Pell-Amar și prin acupunctură.

Stațiunea balneoclimaterică Sovata oferă condiții de odihnă și de cură în toate anotimpurile anului, avînd un complex sanatorial cu 1 000 de locuri și cu bază proprie de tratament.

LACU SĂRAT

JUDEȚUL BRĂILA

cură balneară și odihnă

FACTORI NATURALI DE CURĂ:

- apa minerală — clorurosodică, sulfată, magneziană concentrată, slab bromurată, cu o mineralizare totală de 83,955‰;
- nămolul sapropelic, abundent în substanțe minerale (cca 41%) și organice (cca 30%), cu un conținut de 62,3 g apă, negru unsuros, cu miros de hidrogen sulfurat;

INDICAȚII TERAPEUTICE:

- afecțiuni ale aparatului locomotor;
- afecțiuni ale sistemului nervos periferic;
- afecțiuni dermatologice;
- afecțiuni ginecologice;
- afecțiuni ale căilor respiratorii;
- afecțiuni oftalmologice;
- boli profesionale.

INSTALAȚII ȘI PROCEDURI DE CURĂ:

- hidroterapie (băi de apă mineralizată, băi de nămol, împachetări cu nămol);
- electroterapie (ultrascurte, ultrasunete, curenți diadinamici, magnetodiflux, ionizări, băi galvanice, băi de lumină);
- balneoterapie (baze special amenajate pentru tratament direct în lac și pe plajă);
- kinetoterapie (în bazin cu apă caldă);
- aerosoli;
- cultură fizică medicală (în săli de gimnastică special amenajate);
- tratamente cu produse originale românești (Gerovital și Pell-Amar);
- tratament cu acupunctură.

Baza de tratament din cadrul complexului balnear asigură efectuarea a peste 2.000 de proceduri terapeutice în opt ore.

UNITĂȚI DE CAZARE:

- Hotelul „Lacu Sărat”, confort I, capacitate 137 locuri
- Complexul balnear — capacitate 250 locuri în camere de 2—3 paturi, confort I și II
- Vile cu o capacitate de 200 locuri.



Lira

STELA

RC2341 RALLY

CORINA

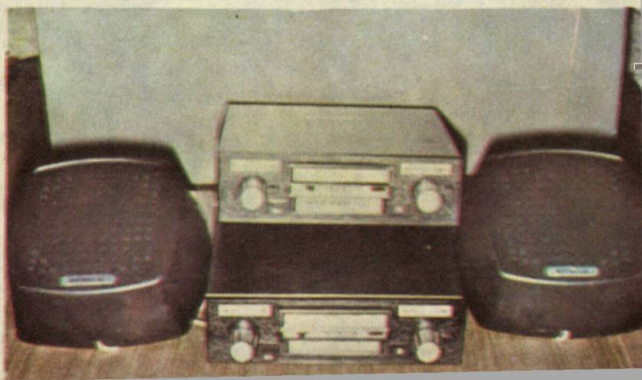
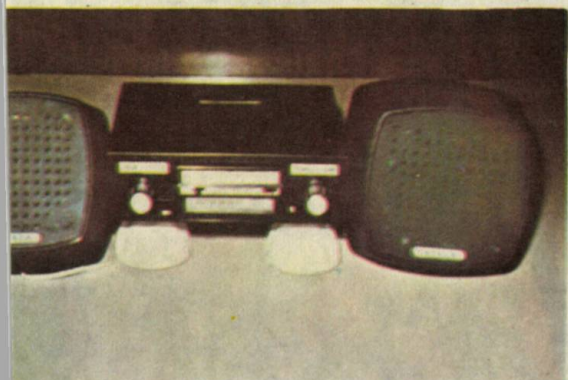


**MUZICA FACE
ORICE CĂLĂTORIE
MAI PLĂCUTĂ**

Efectele benefice asupra sistemului nervos, îndeosebi la o tonalitate scăzută, le puteți resimți și în timp ce vă găsiți la volan, deschizând radioreceptorul de la bordul autoturismului.

Pentru autoturismul dv., magazinele comerțului de stat specializate în desfacerea produselor electronice, vă oferă, la alegere, următoarele radioreceptoare sau casetofoane auto:

Denumirea aparatului	Difuzoare	Gama de unde	Frecvența	Sistem de alimentare	Preț (lei)
Radiocasetofon STELA — radioreceptor monofonic — casetofon stereofonic	2 x 3 w (5 ohmi)	UL UM	80—8 000 Hz	12 V (de la acumulatorul auto)	3 000
Casetofon stereo CORINA	2 x 2 w (5 ohmi)	—	80—8 000 Hz	12 V (de la acumulatorul auto)	2 150
Radioreceptor LIRA	—	UL UM US	—	12 V (de la acumulatorul auto, conectat la șasiul autoturismului)	1 330 (inclusiv antena)
Radiocasetofon stereo RC 2341 RALLY	—	—	80—10 000 Hz	12 V (de la acumulator auto)	4 140



**oricînd
la dispoziția
dumneavoastră
zboruri
rapide,
confortabile**



tarom

ROMANIAN AIR TRANSPORT



Electronica constituie, incontestabil, un atribut al contemporaneității, creațiile ei înfrumusețându-ne viața cotidiană!

Între aceste creații se înscriu și radioreceptoarele portabile SONG, TOP, IRIS, SOLO, GLORIA — de buzunar, de poșetă, de servietă sau de umăr — realizate de industria noastră de profil.

Ele se afirmă prin:

- Sensibilitate, selectivitate și audiere clară, plăcută
- Greutate mică (comode la purtat)
- Prețuri convenabile

SONG, TOP, IRIS, SOLO, GLORIA sînt radioreceptoare portabile ideale în drumeții și excursii, în zilele sfîrșitului de săptămîină, în concedii sau la cura balneară.

SONG, TOP, IRIS, SOLO, GLORIA se găsesc în toate magazinele comerțului de stat specializate în desfacerea produselor electronice.

Pentru informarea celor ce doresc să-și procure unul dintre radioreceptoarele portabile SONG, TOP, IRIS, SOLO, GLORIA oferim cîteva date:

ÎN DRUMEȚII ȘI EXCURSII

RADIORECEPTOARE PORTABILE

Denumirea radioreceptorului	Gama de undă	Sistemul de alimentare	Greutatea (g)	Prețul (lei)
SONG	UM, UUS	3 baterii R6 (1,5 V x 3)	300	610
TOP	UM	2 baterii R6 (1,5 V x 2)	200	341
IRIS	UL, UM	2 baterii R6 (1,5 V x 2)	250	371
SOLO 100	UL, UM	2 baterii R6 (1,5 V x 2)	290	371
SOLO 300	UL, UM, UUS	4 baterii R6 (1,5 V x 4) sau rețea 220 V	550	685
SOLO 500	UL, UM, US, UUS	4 baterii R14 (1,5 V x 4) sau rețea 220 V	1 000	885
GLORIA	UL, UM, US, UUS	6 baterii R20 (1,5 V x 6) sau rețea 220 V	1 100	1 382

Oricare dintre aceste radioreceptoare portabile vă va deveni un însoțitor util în drumeții, excursii, vacanțe.



**UN AJUTOR
DE NEPREȚUIT
PENTRU ORICE FAMILIE**



Prin designul modern, prin cinematică și fiabilitate înaltă, „CAMELIA” — mașina de cusut cu antrenare la pedală — este la nivelul produselor similare de pe piața mondială.

„CAMELIA” are în dotare came care se pot clasifica astfel după cusăturile pe care le execută:

- cusătură în zig-zag cu întrebuințări multiple (bordurat, surfilat, aplicații, executat monograme simple, ajurat, montat dantelă, executat broderie strâpunsă etc);

- cusături decorative (pe fiecare cămă este desenat modelul cusăturii de realizat);

- cusături utilitare (cusătura de surfilat, elastică, de legătură, invizibilă, de bordurat).

Mașina de cusut pedalieră „CAMELIA” realizează 6 cusături utilitare și 13 cusături cu ajutorul accesoriilor.

Magazinele comerțului de stat vă oferă, la alegere, trei tipuri de mașini de cusut „CAMELIA”:

- tip „masă cu picior metalic” (4 220 lei)
- tip „masă” (4 400 lei)
- tip „masă mobilă” (4 570 lei)

Fiecare tip de mașină de cusut „CAMELIA”, după funcționare poate fi transformată în „masă” pentru radio sau televizor ori în birou pentru școlari.

„CAMELIA” se integrează perfect în mobilierul camerei în care se amplasează.

„CAMELIA” — un ajutor de neprețuit pentru orice familie.



COOPERATIVA „PRESTAȚIUNEA“

ACE PENTRU ACUPUNCTURĂ DIN OȚEL INOXIDABIL

IASI

Realizate pentru prima dată în țara noastră de Cooperativa meșteșugărească „Prestațiunea” din Iași, noile ace de acupunctură din oțel inoxidabil sînt în 28 de tipodimensiuni. Prezentate la cel de-al IV-lea Simpozion național de acupunctură (Iași, 1984) și experimentate cu rezultate deosebite de medicii specialiști, noile ace de acupunctură, prin flexibilitatea și rezistența lor, s-au dovedit eficiente și competitive. Comenzile, cu precizarea simbolurilor conform nomenclatorului Oficiului Central Farmaceutic, alăturat, se primesc pe adresa:

COOPERATIVA „PRESTAȚIUNEA”, Iași, cod 6600, Bd. Ștefan cel Mare nr. 8

Acele de acupunctură din oțel inoxidabil pot fi cumpărate și direct de la punctul de desfacere al Cooperativei meșteșugărești „Prestațiunea” din Iași, Bd. Păcurari, bloc 558.

Relații suplimentare se pot obține de la Teodor Amarandei din Iași, telefon 981/6.49.94.



NOMENCLATOR

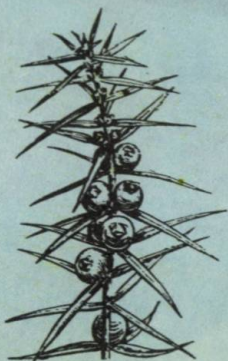
ACE PENTRU ACUPUNCTURĂ

Denumirea produsului	Simbol	Preț unitar buc.
ACE PENTRU ACUPUNCTURĂ		
Ø 0,20 — L 10 mm	2010	2,50
Ø 0,20 — L 20 mm	2020	"
Ø 0,20 — L 30 mm	2030	"
Ø 0,25 — L 10 mm	2510	"
Ø 0,25 — L 20 mm	2520	"
Ø 0,25 — L 30 mm	2530	"
Ø 0,30 — L 25 mm	3025	"
Ø 0,30 — L 35 mm	3035	"
Ø 0,30 — L 50 mm	3050	"
Ø 0,35 — L 30 mm	3530	"
Ø 0,35 — L 40 mm	3540	"
Ø 0,35 — L 50 mm	3550	"
Ø 0,45 — L 50 mm	4550	"
Ø 0,45 — L 60 mm	4560	"
Ø 0,45 — L 70 mm	4570	"
ACE PENTRU ACUPUNCTURĂ — ANESTEZIE		
Ø 0,40 — L 40 mm	4040	2,50
Ø 0,40 — L 50 mm	4050	"
Ø 0,40 — L 60 mm	4060	"
Ø 0,50 — L 50 mm	5050	"
Ø 0,50 — L 70 mm	5070	"
Ø 0,50 — L 80 mm	5080	"
ACE PENTRU AURICULOPUNCTURĂ		
Ø 0,20 — L 2 mm	202	2,25
Ø 0,25 — L 2 mm	252	"
Ø 0,30 — L 2 mm	302	"
Ø 0,35 — L 2 mm	352	"
Ø 0,40 — L 2 mm	402	"
Ø 0,45 — L 2 mm	452	"
Ø 0,50 — L 2 mm	502	"

NOTĂ: L = lungimea părții active a acului.



SUNĂTOAREA



IENUPĂRUL



HAMEIUL



TRUSTUL PLAFAR

VĂ OFERĂ NOI PRODUSE

Fitobalneoterapia, respectiv utilizarea plantelor medicinale sub formă de băi, reprezintă una din cele mai dinamice ramuri ale fitoterapiei. Venind în întâmpinarea interesului pentru produsele destinate băilor de plante în afara celor apărute în ultimii ani (de exemplu, „Baby-plant”, destinat nou-născuților, cărora le calmează eritemele fesiere, precum și amestecurile antieczematos, ginecologic, calmant, antireumatic și pentru întreținerea părului), în rețeaua de magazine „PLAFAR” au fost introduse recent următoarele produse din aceeași categorie:

● **Amestecul CALMANT PENTRU COPII** — destinat celor cu o stare de nervozitate crescută, cu acțiune sinergică și complementară, datorită florilor de Tei, conurilor de Hamel și parfumatei Sulfine.

● **Amestecul TONIFIANT PENTRU COPII** — recomandat celor scrofuloși, cu rahitism sau cu întârzieri în dezvoltarea fizică, formula produsului fiind dominată de frunzele de Nuc, binecunoscute sub acest aspect.

● **Amestecurile ANTIHEMOROIDAL I și II**, cuprinzând plante cu proprietăți antiseptice, cicatrizante, emoliente și sedative.

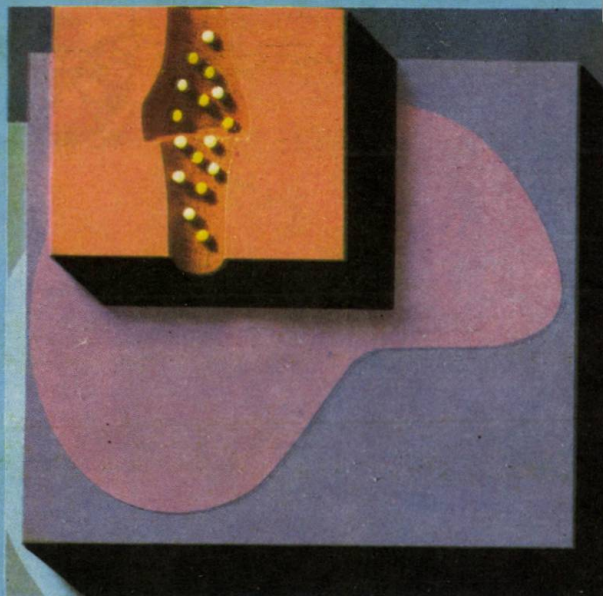
● **Amestecul pentru INHALAȚII** — care completează tratamentul intern în afecțiunile căilor respiratorii, în formula sa intrând plante bogate în uleiuri (muguri de Pin, fructe de Ienupăr, Menta).

● **Amestecul ANTIINFLAMATOR** — util în „farmacia casei” a fiecărei familii, pentru tratamentul contuziilor, echimozelor și entorselor.

● **Amestecul ANTISEPTIC VAGINAL** — din plante cu proprietăți antiseptice verificate, cu efecte favorabile inclusiv în leucoree.

● **Amestecul pentru HIDRATAREA TENULUI și Amestecul pentru TEN GRAS**, ambele complet neiritante, dar cu acțiune certă, indicate în scopuri cosmetice, completează gama acestor produse „PLAFAR”.

NOI MEDICAMENTE **SERMION®**



Produsul Sermion (drajeuri) asigură o terapie recunoscută în refacerea eficienței cerebrale prin îmbunătățirea activității neuronilor. Dintre proprietățile Sermionului menționăm:

- Reduce rezistența vasculară la nivel cerebral și îmbunătățește circulația arterială, consumul de oxigen și glucoză
- Reduce rezistența vasculară la nivelul vaselor pulmonare și îmbunătățește circulația sanguină cu precădere la pacienții cu arteropatie funcțională. Tensiunea arterială sistemică în general nu este

- influențată de dozele terapeutice de Sermion
- Reface metabolismul energetic cerebral și ameliorează funcția intelectuală
- Accentuează neurotransmisia — în special transformarea dopaminei — în zona cerebrală care răspunde de comportamentul afectiv
- Stimulează biosinteza proteinelor, determină ameliorarea certă a memorării pe perioade lungi și scurte, precum și ameliorarea capacității de învățare
- Ameliorează performanțele cerebrale
- Tratează insuficiența cronică cerebrală, acționind la nivelul neuronului
- Stimulează neurotransmisia și comportamentul motivat.



Indicații: Insuficiență cerebrală vasculară acută și cronică (ateroscleroză, tromboză cerebrală, embolie, ischemie cerebrală). Insuficiență vasculară periferică acută sau cronică (boli vasculare obliterante ale membrelor). Sindrom Raynaud și alte sindroame însoțite de alterarea circulației periferice. Migrene. Adjuvant în terapia antihipertensivă.

Contraindicații: Hipersensibilitate la nicergolină.
Mod de administrare: La indicația medicului specialist.

Reacții adverse: Pot apare efecte secundare datorate acțiunii vasopresoare a Sermionului; uneori hipotensiune și amețeli după administrare; transpirații, somnolență sau insomnie, epigastralgie.

Atenție: Produsul poate potența efectul antihipertensivelor. Nu s-a evidențiat o acțiune teratogenă a nicergolinei. Produsul se poate utiliza în perioada de sarcină numai dacă este absolut necesar.

Prezentare: Flacoane conținând 50 drajeuri.

Producător: Întreprinderea de medicamente „Biofarm” — București, în colaborare cu firma „Farmitalia Carlo Erba” — Italia.

NOI MEDICAMENTE

Gastrozepin



Acțiune terapeutică: Noul produs, sub formă de tablete, blochează receptorii de acetilcolină ai celulelor parietale ale stomacului, acționând, astfel, ca un inhibitor al secreției acide gastrice.

Gastrozepin prezintă o accentuată selectivitate de organ, manifestă o afinitate mare pentru receptorii muscarinici în special la nivelul glandelor exogene. Sistemul său de legare de receptori are caracteristici particulare, deosebite de cele ale agenților anticolinergici de tipul atropinei.

Indicații: Hiperaciditate gastrică, ulcer gastric și duodenal.

Contraindicații: Primul trimestru de sarcină (deși s-a demonstrat că produsul nu este teratogen chiar în doze ridicate).

Reacții adverse: Uneori poate produce senzație de uscăre a gurii, tulburări de acomodare, scaune diareice.

Efecte secundare: În urma tratamentului poate să crească uneori pofta de mâncare. În doze deosebit de mari, mai ales la începutul tratamentului, pot apărea senzații de uscăre a gurii și perturbații ușoare ale văzului de aproape.

Mod de administrare: Conform indicațiilor medicului.

Interacțiuni cu alte medicamente: Reduce stimularea secreției gastrice datorată unor medicamente, precum, și alcoolului, cafelei etc.

Mod de prezentare: Cutii cu 50 de tablete. Tratamentul simultan cu Gastrozepin și agenți blocați de receptori H_2 determină reducerea mai pronunțată a secreției acide gastrice (fapt deosebit de important pentru bolnavii cu Sindrom Zollinger-Ellison). Asocierea cu medicamente antiinflamatoare favorizează toleranța acestora în tractul digestiv fără a le diminua efectul terapeutic.

Produs de Întreprinderea de medicamente „Biofarm” București — România, în colaborare cu „Boehringer Ingelheim” — Internațional GmbH — Ingelheim am Rhein — R.F. Germania.



PANZCEBIL UN NOU MEDICAMENT ROMÂNESC

Preparatul, prezentat sub formă de drajeuri, favorizează digestia proteinelor, glucidelor și lipidelor prin aport de enzime pancreatice, hemiceluloză și săruri biliare, fiind efice în tratamentul tulburărilor digestive prin insuficiență enzimatică și biliară.

Indicații: Afecțiuni datorate insuficienței secretorii a glandelor digestive, în special a pancreasului (pancreatită cronică, colopatii funcționale, enterită cronică, dispepsie de fermentație și putrefacție, meteorism); sindrom diareic prin disbioză; tratamentul postoperator în intervenții chirurgicale pe intestin și căi biliare.

Contraindicații: Leziuni hepatice grave cu hiperbilirubinemie marcată, obstrucție biliară și emfizem al vezicii biliare.

Efecte adverse: Nu s-au semnalat.

Mod de administrare: La indicația medicului, după masă, fără a sfărâma drajeurile.

Prezentare: Un flacon de Panzcebil conține 25 de drajeuri.

Producător: Întreprinderea de medicamente „Biofarm”-București.

NOI MEDICAMENTE



Noul produs, sub formă de comprimate, contribuie la păstrarea integrității și asigură funcția normală a membranei celulare la nivelul structurilor hepatice.

Silimarina protejează ficatul împotriva diferitelor noxe (alcool, invazie virală, substanțe medicamentoase, toxine etc.) și stimulează restaurarea parenchimului hepatic lezat. Preparatul este netoxic și nu are contraindicații.

Indicații: Hepatite cronice (inclusiv cele agresive) de etiologie virală, hepatite toxice (mai ales etilice), ciroze compensate, insuficiență hepatică. Profilactic — în timpul administrării unor substanțe potențial hepatotoxice.

Mod de administrare: La indicația medicului.

Prezentare: Flacon a 80 de comprimate.

Conservare: Se protejează la adăpost de căldură și umiditate.

Producător: Întreprinderea de medicamente „Biofarm”-București.

NOI MEDICAMENTE

romcis®



Acțiune terapeutică: Cisplatină pe care o conține noul produs prezintă proprietăți biochimice similare cu agenții de alchilare bifuncționali, putând forma legături în interiorul lanțului sau între lanțurile ADN.

Indicații: Chimioterapia de combinație, după operație sau radioterapie, în tratamentul tumorilor testiculare și ovariene, col uterin, endometru cu metastaze sau ca adjuvant unic în tratamentul tumorilor ovariene cu metastaze refractare la chimioterapia standard; tumori de esofag, tumori ale vezicii urinare și ale prostatei.

Contraindicații: Leziuni renale sau ale aparatului auditiv, imunosupresie, reacții alergice la compuși de platină, femei gravide.

Reacții adverse: Leziunile renale sînt cumulative; ele pot apărea în săptămîna a doua după administrare, manifestîndu-se prin creșterea conținutului de uree, creatinină și acid uric în sînge și/ sau descreșterea clearanceului creatininei (înainte de administrarea unei noi doze de Romcis funcția rinichiului trebuie să fie normală). Pot apărea: tinitus și/ sau hipoacuzie, în special pentru frecvențe ridicate (4 000 — 8 000 Hz), manifestările fiind mai severe la copil. La 25—30% din pacienți apare mielosupresia (cu anemie, leucopenie și trombocitopenie) în a 18-a și a 23-a zi de la administrarea produsului în doze mai mari de 50 mg/m², fenomen care progresează spre a 39-a zi. Greața și vărsăturile apar la 1—4 ore după administrarea preparatului, putînd persista pînă la o săptămîină după încetarea tratamentului (se vor utiliza preparate antiemetice). Hiperuricemia ce apare la doze mai mari de 50 mg/m² atinge valori maxime în a 3-a și a 5-a zi și poate beneficia de tratament cu Allopurinol. După un tratament de 4—7 luni pot apare neuropatii. Reacții de tip alergic pot să apară, uneori, chiar în timpul tratamentului.

Mod de administrare: Intravenos foarte lent. Tratamentul este individualizat, produsul putînd fi folosit atît ca monoterapie, cît și în chimioterapia de combinație asociat bleomicinei, vinblastinei sau adriamicinei. În tumori testiculare cu metastaze se recomandă chimioterapia de combinație formată din cisplatină, bleomicină (sub formă de sulfat) și vinblastină (sulfat de) la indicația medicului. Tratamentul de întreținere pentru pacienții care au evoluat favorabil (în urma acestui tratament) se stabilește de medic în continuare. Modul de administrare a bleomicinei și vinblastinei rezultă din prospectul medicamentelor respective.

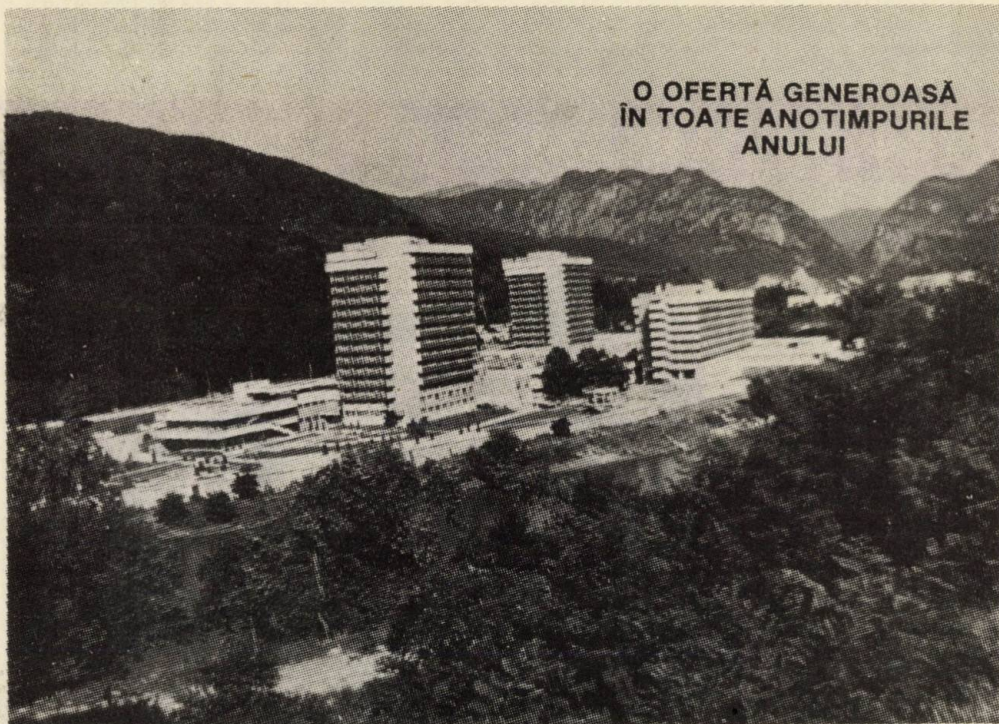
În cazul tumorilor ovariene cu metastaze se recomandă folosirea cisplatiniei în combinație cu adriamicină, conform indicației medicului specialist. În această chimioterapie de combinație, cisplatină și adriamicina de administrează în succesiune (unul după celălalt). Modul de administrare a adriamicinei rezultă din prospectul ce însoțește medicamentul. În monoterapie se administrează după precizările specialistului.

Atenție! Întreaga terapie cu ROMCIS se face respectîndu-se strict indicațiile medicului specialist. Repetarea administrării se face numai după ce creatinina serică și ureea au valori în limite normale, numărul de leucocite este mai mare de 4000 mm³ sînge, numărul de trombocite mai mare de 100 000/mm³ iar audiometria indică o acuitate auditivă apropiată de normal.

Prezentare: Cutii cu 5 flacoane pulbere liofilizată.

Producător: Întreprinderea de medicamente „BIOFARM” — București.

O OFERTĂ GENEROASĂ
ÎN TOATE ANOTIMPURILE
ANULUI



TURISMUL BALNEAR

Pentru a vă crea, stimați cititori, posibilitatea alegerii stațiunii balneoclimatice în raport de afecțiunea dv. și de localitatea unde domiciliați, vă prezentăm principalele maladii care pot beneficia de factorii naturali de cură și stațiunile balneoclimaterice de profil.

Afecțiunile reumatismale (reumatismale inflamatorii, degenerative, reumatismale abarticulare), precum și cele post-traumatice, **se tratează în stațiunile:** Amara, Balta Albă, Bazna, Băile Felix, Băile Govora, Băile Herculane, Bizușa-Băi, Călacea, Călimănești-Căciulata, Eforie Nord, Eforie Sud, Geoagiu-Băi, Lacu Sărat, Mangalia, Moeneasa, Neptun, Ocna Sibiului, Pucioasa. Săcelu. Slănic

(Prahova), Sovata, Techirghiol, Vatra Dornei, Vața de Jos.

Afecțiunile cardiovasculare (cardiopatia ischemică, stările după infarct miocardic, hipertensiunea arterială, bolile vasculare periferice) **se tratează în stațiunile:** Băile Tușnad, Buziaș, Covasna, Lipova, Sîngeorz-Băi, Slănic Moldova, Vatra Dornei, Malnaș-Băi, Slănic (Prahova), Vața de Jos, Vilcele.

Afecțiunile respiratorii și O.R.L. (rino-traheobronșite cronice, bronșiectazii, astmul pulmonar **se tratează în stațiunile:** Băile Govora, Băile Olănești, Călimănești-Căciulata, Eforie Nord, Lipova, Malnaș-Băi, Pucioasa, Slănic Moldova, Săcelu, Slănic (Prahova), Vilcele.

Afecțiunile tubului digestiv și hepatobiliare (gastrita cronică, dischinezia biliară, sechelele după operații pe căile biliare) **se tratează în stațiuni-**

le: Băile Olănești, Borsec, Călimănești-Căciulata, Covasna, Lipova, Malnaș-Băi, Sinaia, Sîngeorz-Băi, Slănic Moldova, Tinca, Vilcele.

Afecțiunile rinichiului și căilor urinare (litiiza urinară și pielonefritele cronice) **se tratează în stațiunile:** Băile Olănești, Bizușa-Băi, Călacea, Călimănești-Căciulata, Slănic Moldova.

Biletele pentru cură balneară în toate anotimpurile anului, în stațiunile menționate și informații suplimentare se primesc de la agențiile oficiilor județene de turism și ale I.T.H.R.-București, precum și de la comitetele sindicatelor din întreprinderi și instituții.

Rețineți: Ghidul prezentat are numai caracter informativ. Recomandarea de a efectua o cură internă sau externă în una din stațiunile de mai sus o dă numai medicul specialist, în urma consultului.



Agenția de Publicitate Turistică

NOI MEDICAMENTE ROMÂNEȘTI



NICOLEN

Produsul, sub formă de granule, este un protector al mucoasei gastrice și duodenale, cu proprietăți absorbante față de bacterii, virusuri, toxine, gaze provenite din fermentație sau putrefacție intestinală, precum și față de radionuclizii proveniți din contaminări accidentale. De asemenea, are și un ușor efect antiacid. Granulele, în prezența lichidului, (apă, suc gastric etc.) formează o soluție coloidală cu o mare putere de aderare la mucoasa gastrică și la ingerare. Nicolen nu se absoarbe, nu provoacă secreție reactivă de acid clorhidric, nu produce constipație și nu colorează fecalele.

Indicații: Gastrite hiperacide, ulcer gastric sau duodenal (chiar în

cazuri cu hemoragii digestive), esofagite de reflux, enterocolite, colopatii, sigmoidite, intoxicații prin ingerări de substanțe toxice, contaminare accidentală cu radionuclizi.

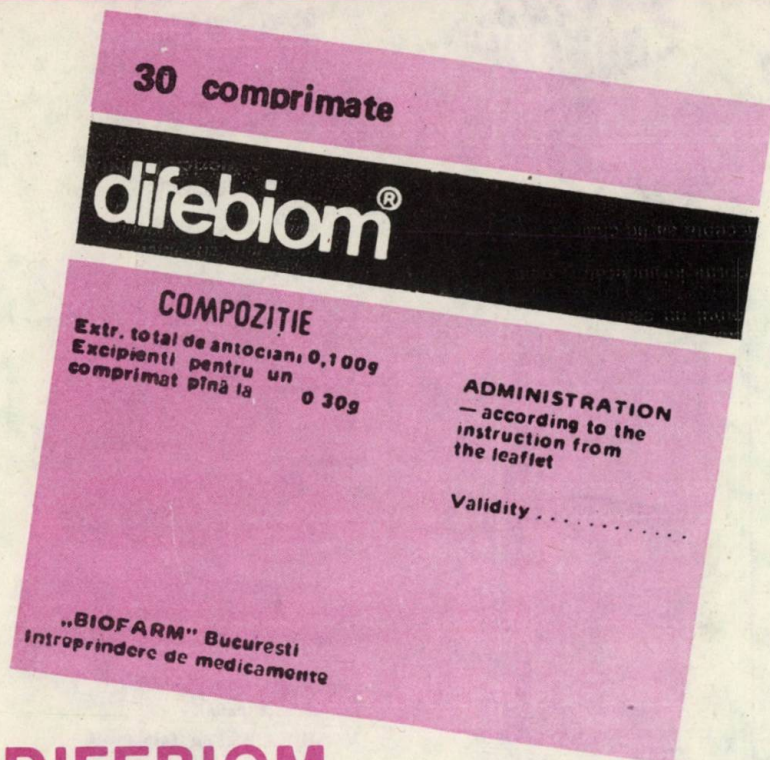
Contraindicații: Diabet zaharat (datorită conținutului de glucoză al produsului).

Mod de administrare: Nicolen se administrează între mese ca atare sau diluat în apă sau ceai. Dozele se stabilesc de medic în raport de afecțiune sau de tipul de intoxicație.

Prezentare: Cutii cu 10 plicuri a 5 g produs sau borcane a 100 g produs.

Produs de Întreprinderea de medicamente București

NOI MEDICAMENTE ROMÂNEȘTI



DIFEBIOM

Printr-un mecanism asemănător cu al vitaminei F, noul produs Difebiom (comprimate) mărește rezistența peretelui vascular, diminuează permeabilitatea capilarelor și tonifică sistemul venos, stimulează regenerarea purpurului retinian.

Indicații: Se recomandă, ca adjuvant, în arteropatii (angiopatii diabetice, ateroscleroză cerebrală, hipertensiune arterială, tulburări vasculare de senescență). De asemenea, este indicat în cazuri de fragilitate vasculară și tulburări de permeabilitate a capilarelor (purpură, fenomene hemoragice la citotici); în insuficiențele venoase și complicațiile acestora (senzația de

„molet greu” sau „dureros”, edeme varicoase, insuficiență venoasă de sarcină, sechele de flebită hemoroidală); în oftalmologie (tulburări vasculare retiniene sau corio-retiniene, în hemeralopie).

Mod de administrare: La indicația medicului specialist, în cure lunare care pot fi repetate nelimitat. Se asociază, ori de câte ori este posibil, cu tratamentul etiologic.

Prezentare: Flacoane cu 20 comprimate

Conservare: La adăpost de căldură și umiditate

Producător: Întreprinderea de medicamente „Biofarm” — București

RISOTERAPIA



NIC. NICOLAESCU

36 GRADE
SANATOASĂ!



MATEO

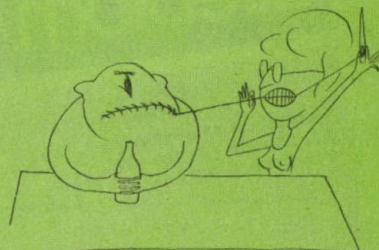
Prieteni... de pahar



ENE TEODOR



VIOREL SANDU

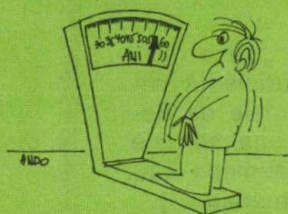


RADU IULIAN

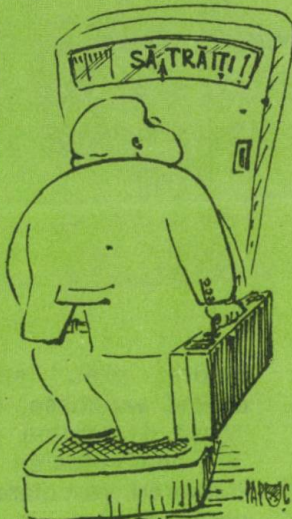


Așa e igienic, dragă,
să folosești paiul!

VASILE CRAIȚA MÎNDRA



PÎNDU



PÎNDU



CONSTANTIN PAVEL



Adrian



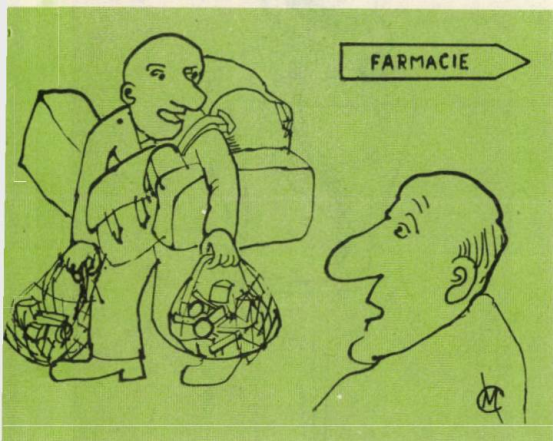
HIPOCRATE SE AMUZĂ

FACTORUL-„EU“

LA UN AN ODATA

Deci anul care pleacă, desprins din calendare
La țărnul veșniciei e gata de-mbarcare;
Și-n timp ce Cronos bate măsura-i pe cadran
Exact la întâlnire sosește noul an!
E-o unitate-n vreme de ordin relativ;
Măsura lui notată pe foi de calendare
E mică pentru unii, iar pentru alții mare.
De pildă, pentru doamna minuțios gătită
Un an e-o catastrofă enormă și cumplită
Și camuflind trei fire de-argint, să nu se vadă,
La vîrstă-n loc s-adune, preferă-un an să scadă!
În schimb la tineretul recent înșurătel
Ce-așteaptă, poate barza-i-aduce-un băiețel
Sorbînd din ochi soția iubită, în tăcere,
Un an e doar o clipă... din luna lor de miere!
Și uite-așa problema cu anu-n sărbătoare,
Prin prisma personală o vede fiecare,
Fiind pretext de glume în cronici de umor...
(și eu promit mai multe în... anul viitor).
Dar m-am luat cu vorba și ne apucă anu'
Deci: LA MULȚI ANI! ȘI SĂNĂTATE! vă spune

Alex. LĂPUȘNEANU



- Pe lingă o medicație potrivită -îmi zise prietenul meu, medicul - orice suferind trebuie să se ajute și singur, cu starea morală, de bună dispoziție, de încredere, cum am spune, cu „Factorul -Eu!”. Factorul-Eu, Factorul-Eu, am memorat pe loc și m-am hotărît să aplic principiul cu prima ocazie. Și aceasta s-a ivit chiar a doua zi. Așteptam un răspuns, de la o redacție, care întârzia să vină. Nu știu dacă nu chiar de la „Sănătatea”! În ziua cu pricina m-am hotărît să sun; la telefon, secretara. Mi-am luat pulsul: era de 65 de bătăi pe minut. M-a chestionat cu glas neutru: „Cine întreabă?”, pulsul meu se ridicase la 75 de bătăi pe minut. I-am răspuns, după care am auzit un „AAA” care mi s-a părut insinuant; totuși, am reușit să-mi păstrez numărul de bătăi pe minut, pînă la reîntoarcerea ei, cînd mi-a spus: „Tovarășul redactor șef a plecat din incintă (inima a început să-și accelereze mișcarea cu 86 de bătăi pe minut), reveniți, sau vă sun eu, după ora 19; avem program și după amiază. „E clar, mi-am zis, cunosc răspunsul”. Și totuși, am așteptat. Și a trecut ora 19 și 20, a venit și a trecut și ora 21, se apropia vertiginos ora 23 și telefonul stătea tot mut. „Cel puțin dacă aș putea dormi, mi-am zis, dar somnul, avînd cu cine sta de vorbă, cu secretara, nu voia să vină. Am numărat cîteva mii de oi, în gînd, și multe alte animale și păsări, dar nimic. În mintea mea doar telefonul și... secretara. Am mirosit și o ceapă, tăiată în două, în patru timpi, și tot nimic. Am amețit dar n-am adormit. M-am lăsat înfrînt și am deschis valiza cu medicamente: Distonocalm, Diazepam, Ciclobarbitol - în ordinea urgenței... A doua zi, livid, în fața oglinzii, am făcut bilanțul luptei. De ce m-am lăsat înfrînt! De care sfat n-am ținut seama? Aud la vecin, o voce cunoscută: „Eu, factorul, aveți o scrisoare!” Am strigat: „Factorul”! N-am ținut seama de „Factorul-Eu”!

Să iau lupta de la început! Am format numărul de telefon, am așteptat calm (puls 65 de bătăi pe minut!), mi-a răspuns vocea cunoscută: „Tovarășul nu este”... „Știam că nu este”, i-am răspuns, tot cu 65 de bătăi pe minut... „Cine întreabă?”, veșnica întrebare, care deobicei mă agită, acum n-o luam în seamă. Apoi aud o exclamație: „A! Tovarășul... V-am cunoscut după voce. De ce ți-neți telefonul închis? Am sunat aseară. Articoul dumneavoastră apare mâine!” Am scăpat receptorul... Puls peste 100 pe minut, dar revine, că-i de bine.

Arcadie DONOS

COPILUL MOFTUROS

- Tovarășe medic, sînt foarte îngrijorată!
- Despre ce este vorba?
- Băiatul meu! Slăbește văzînd cu ochii! Aș vrea să-l aduc la consultație, dar vă rog să nu-l speriați, să-l luați cu binișorul. Eventual... poate-i spuneți o anecdotă!
- Ce să fac?!
- Să-i spuneți o glumă!
- Nu vă supărați, eu am oră de consultații, nu de... umor!
- Înțelegeți-mă, de aceea slăbește. Nu mănîncă, pînă nu-i spun ceva vesel!
- Destul de rău. Înseamnă că dv. l-ați educat așa și acum suportați consecințele!
- Aveți dreptate, dar e prea tîrziu să-l mai dezvăț și nu vrea să mănînce!
- Pînă nu-i spuneți glume?
- Da. Și le-am epuizat; de unde să știu eu atîtea? Unii copii nu mănîncă fără povești, alții fără anecdote... de unde să le luăm? Poate mă îndrumați la vreun umorist...
- La umorist? Mai curînd găsești la dispensarul policlinic!
- Și atunci... ce fac?
- Mai spuneți-i și dumneavoastră din cele vechi...
- Nu merge! Le ține minte! Încep să-i spun anecdota, el începe să mănînce și pe la mijloc cînd o recunoaște, se oprește: „O știu! Nu mai mănînc“!
- N-am ce face! Dumneavoastră sînteți de vină că l-ați obișnuit așa!
- Este adevărat tovarășe medic, dar acum e prea tîrziu ca să-l mai dezobișnuiesc!
- Nu există „prea tîrziu“. Orice copil căruia îi este foame, mănîncă și fără anecdote. Ia să nu-i dați mîncare, o zi, două și să vedeți ce-o să mai mănînce, fără condiții!
- Ah, am încercat! Dar dacă nu-i dau mîncare, se apucă iar de băut! Și e mai rău!
- De băut?... Și ce bea?
- Vin!
- Vin?... La vîrsta lui așa de mică?!
- Cum mică, tovarășe doctor, că-i ditamai vlăjganu' de 30 de ani...

Horia ȘERBĂNESCU

CÎND RADIOLOGUL SE DESTĂINUIE

Față de ceilalți confracți
Noi sîntem privilegiați
Privind prin magicul ochean
Întregul organism uman.

Căci razele misterioase
Pătrund prin piele, mușchi sau oase
Și trec prin false aparențe
Dînd certitudini și esențe.

Exemple vreți?... Un ins posac,
la raze X complet opac,
Avea, prin nu știu ce mister,
Un post înalt la minister.

În timp ce altul, luminos
La sfera zisă cerebrală,
Era plasat cu mult mai jos
Pe-a vieții scară socială.

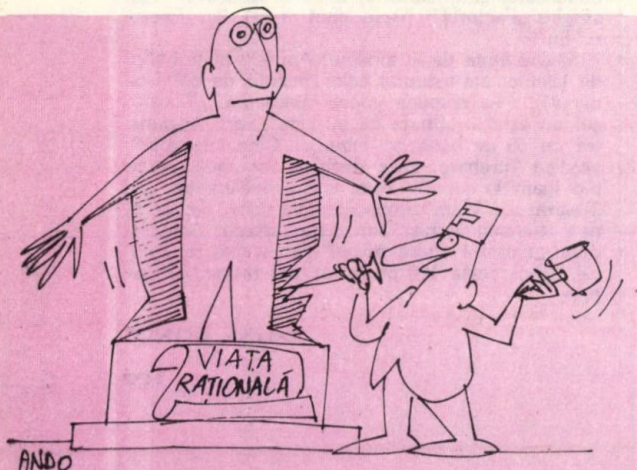
...Alt pacient, tip agresiv,
Avea în tubul digestiv
Colegi de breaslă, fel de fel
„Mîncăți“ bineînțeles de el.

...Directorul unei uzine
Ofta că nu se simte bine
Dar știți ce-avea la inimioară?
Pe Afrodita, secretară.

O curiozitate vie
Simții în clipele acele
Să vîd la radioscopie
Și inima iubitei mele.

Dar ascultînd astfel ispita
Avui cumplitul nenoroc
Să vîd la raze că iubita
Nu are inimă de loc.

Dr. Grigore LUPESCU



LA MEDIC

Înapoiindu-se la „Bază“, șoferul de cursă internațională s-a dus, ca de obicei, la vizita medicală.

- Pe unde ai mai fost? l-a întrebat medicul.
- Pe glob, a răspuns șoferul.
- Ce mai e pe glob? l-a întrebat medicul.
- Ce să fie? Glob! a răspuns șoferul.
- Respiră adânc! i-a cerut medicul.

Șoferul a tras cu putere aer în piept. Apoi a început văicăreala:

- Nu mă împac cu maimuța!
- Dă-i mere! l-a sfătuit medicul, spunându-i, totodată, să caște gura. Obişnuiește-o cu fructe de pe la noi. Fă-o să înțeleagă, faptul simplu, că pe aici nu cresc banane.

- Nu-i vorba de asta! i-a explicat șoferul. Nu ne

înțelegem pe alte direcții. Îmi pun în plan să fac un lucru și nu-i de acord. Eu zic una, ea alta... La orice spun eu, ea are un punct de vedere diferit.

- Vorbește! s-a mirat medicul.
- Și încă prea mult.
- Ai dresat-o dumneata sau...
- Eh! a oftat șoferul, dacă aș fi reușit s-o dreszez eu...
- De pe unde-ai luat-o? De pe ce continent? Din ce țară?
- Eh, și dumneavoastră... De-aici de pe la noi. Din Cepești.

- Ei, cum? s-a mirat medicul. Sînt maimuțe la Cepești?

Șoferul a rămas o clipă încurcat. Apoi a răspuns categoric:

- Oricum, nevastă-mea este!

Vasile BĂRAN

O ISTORIOARĂ CU ZICALE

Plecaser cu noaptea-n cap și venise târziu acasă... pe șapte cărări, crezînd că și de astă-dată... va leși basma curată și uitînd cu totul...că a jurat pe apă că nu va mai bea vin și că-și bate joc de sănătatea lui!

Simțindu-l cu musca pe căciulă, nevastă-sa, după ce-i scutură bine jocul... și îi spuse că iar a dat cu oiștea în gard și să se ducă opt și cu a brînzei nouă! Văzînd că și-a aprins patele în cap și „amețit“ ca după boală, el... își luă inima în dinți și încercă, printre suspine - cu vorbe meșteșugite - să o ducă cu zăhărelul... intrîndu-i pe sub piele... Și-i spuse astfel, cîte-s în lună și-n stele... ba că e albă, ba că e neagră și „e bărbatul după muiere se cunoaște dar tot cocoluș trebuie să cînte în casă... în fine, că cele bune să s-adune și cele rele să se spele! Însă ea, nu și nu - sbierînd mai tare decît ucigă-l toaca - că i-a ajuns cuțitul pînă la os... și nu vrea să ajungă de risul curcilor cu un terchea-berchea ca el, după care nu mai latră nici cîinii! L-a prins cu mîța în sac vinînd cai verzi pe pereți și cu asta basta... cu el nu vrea să mai prindă purici nici pînă-n iarnă!

Bietul soț... făcut cu ou și cu oțet, se dete de ceasul morții de rușine și renunță să-i mai facă din cap calendar! Enervată peste fire și tremurînd ca o piftie, ea-i trînti ușa în nas după ce îi mai strigă în gura mare că unul duce ponoasele și altul trage foloasele și că ce mai tura-vura, unii sapă viile și alții beau vinurile... și că nu vrea să ajungă pe mîna doctorilor!

Cuminte - ca și o fată mare - el nu-i mai răspunde la ocară, pentru că nu căuta ca ea cearta cu lumina-rea și se resemnă cu faptul că... odată prins cu ocaua mică, nu mai are nici un rost să mai scoată panglici

pe nas...! Dar după o asemenea, „salată“ din partea nevastă-sii - sărmanul soț - care se trezise la realitate - simți un chiorăit în mațe... Ar fi mîncat și spătarele de la scaune... mai ales că urechile i se lungiseră de foame!... dar cum să găsească el de-ale gurii cînd dumneai - fire stringătoare - le ține toate sub cheie și-apoi asta-i mai trebuia acum... să „calce“ iar prin străchini? Renunță, deci, la idee și hotărî să se culce... odată cu găinile! Deși dormi iepurește... visă că „s-a-nghimpat și umblă la picior legat“... că de, învășase și primul ajutor! Se svîrcoli noaptea întreagă... ca peștele pe uscat, apoi, uită de toate cele, pînă și de el!

Se trezi mahmur, de dimineață, și făcu ochii cît cepele. Ce mai vorbă! Să vezi și să nu crezi... pe pat, cu mîna pe sub gîtul lui, se afla dumneai, nevastă-sa, veselă ca o zi de vară și mai dragăstoasă ca oricînd, care-i spuse, că într-un tîrziu, după ce i-a orînduit hainele... și-a dat seama că sîngele apă nu se face și l-a iertat de păcat, venind lîngă el...! Soțul, de data aceasta bărbat în toată firea cu familie și copii, zîmbi pe sub mustață gîndindu-se că orice s-ar spune... tot noaptea este cel mai bun sfătuitor... mai ales cînd ai în buzunarul hainei și 5 000 de lei, cîști-gați la LOTO. Ce bine le va prinde. Apoi? Apoi își sărută nevasta și își spuse ca pentru sine: „Totul este bine cînd se termină cu bine!“

Morala? Pentru că și aici trebuie să existe o morală: „Banul este ochiul dracului, cu el dezlegi orice lacăt, dar mi-te inima femeii!“

George M. GHEORGHE

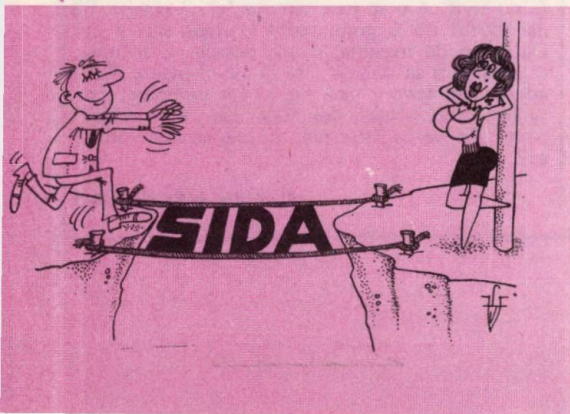
PASTILE DE TOT FELUL

UNUIA „AȘA-ȘI-AȘA“

Mai să crezi că joacă teatru, Niciodată serios.

Ba îl vezi la psihiatru,

Ba pozează-n sănătos.



O CONSULTAȚIE CU BUCLUC

— ...Pentru asta am venit dom'doctor. Să-mi spuneți dacă — și mai întâi — face, ori nu, rău la ficat? Știți? Ficatul — am citit în revista „Sănătatea” — este, cum se zice, filtrul...

— Da. Bineînțeles. Alcoolul atacă celulele ficatului care...

— Dar la stomac? Să nu-mi ziceți că-i face bine!

— Ba, foarte rău. De pildă, sucul gastric care conține acidul clorhidric și fermentul... cum să-ți explic?

— Să nu uitați ce-i mai principal. Inima. Ei? Așa-i că o doboară?

— Ce mai vorbă? Să luăm, spre exemplu, un hipertensiv. Un simplu și banal caz de hipertensiune. Ei bine...

— Și creierul? Cu el cum rămâne? Scapă, ori...?

— Dragul meu, abuzul de țuică, vin, lichior, toate băuturile alcoolice care așrutizează, paralizază funcțiile celulelor nervoase — miliarde — cit într-un milion de uzine... Acest flagel, băutura peste măsură...

— Să-mi mai spuneți, vă rog, dacă un alcoolic, față de colectivitate... Colectivitatea în care trăim azi, tovărășește... este voie, zic, să treci prin ea, cu damfu-n nas?

— O...! Nu-i cazul dacă e voie ori de nu-i voie, ci doar de morală, de bun simț, de regulile de bună conviețuire, de rolul individului în societate. De aceea, un alcoolic, este, totuși, un bolnav. Un pacient nevindecat și care poartă în el — de foarte multe ori contagios prin exemplul dat — microbul descompunerii fizice și morale.

— Așadar trebuie luptat împotriva acestui, cum îi spune, flagel, nu?

— Nu încapă discuție. Luptă prin orice mijloace care să...

— Socotiți că astea... orice mijloace sînt permise pentru a-l face pe un bețiv inveterat, care-și macină zilele, banii și viața familiei sale, să se dezguste de băutură, să scuie în ea și s-o lase?

— Există nenumărate broșuri scoase de Crucea Roșie, filme educativ-sanitare, sfaturi medicale și chiar medicamente.

— Toxice?

— Uneori, da...

— Într-adevăr. Există. Dar eu am găsit ceva mai ieftin, mai sigur și fără nici un risc.

— Un preparat? O formulă?

— Apă. Apă chioară, dom'le doctor.

— Cum apă? Ce fel de...? Ce să faci cu ea? Crezi că-i atât de simplu?

— Ba, foarte simplu. O torn în vin, în țuică, în vodcă, în coniac, sau bere. Ce poate să facă rău apa la stomac, la creier, ori inimă, dacă o amesteci bine-bine? Ce vă uitați așa la mine? Sînt fostul responsabil de la bodega „Trandafirul galben”, din Obor. Am poimîine proces pentru — și cică — diluare de băuturi. O să vă propun martor. Acu dacă mi-ați divulgat cum e cu lupta... Nu o să dați înapoi, că-i pe jurămint...

V-aduc de-acasă și v-ntorc cu taxiul. Un pas nu faceți pe jos. Dacă-i vorba de luptă împotriva alcoolismului... Ce mai? Cu toate mijloacele. De ce ați rămas ca la fotograf? Ei, asta-i bună, acum! Nu mai scoateți nici o vorbă?

Maria ARSENE

SONET

*Iubitei i-am făcut cadoul care
il prețuiește cel mai mult din toate:
parfum de cea mai bună calitate
extras purificat din lăcrămioare.*

*Iar pentru ora șase jumătate
ea mi-a promis întâia sărutare!
Deci, pentru mine, azi e sărbătoare
E cea mai fericită zi din toate!*

*...Iubita a venit la întâlnire
cu dragoste în zîmbet și privire.
M-a sărutat... și-am leșinat se pare
Căci gura ei (iau cerul ca arbitru)
în loc să aibă-aromele de floare
avea parfumul de...Carpați cu filtru!*

Dr. Gheorghe LEU



UN CAZ

Fie vorba între noi, nu mai sînt doctori de soi! De un timp simt uneori palpații, sufocări. Deci m-am dus neîntîrziat la un doctor reputat. „Specialistul”, ce să vezi, mai să nu-ți vină să crezi, a pus să mă cîntărească și-a-nceput să se răstească. M-a ținut într-un reproș: „Semeni cu un caltaboș. Slăninuță și sarmale; asta-i boala dumitale. Mîncare fără măsură. Și dulciuri! Și băutură! Ești mai gras ca un vier. Vei ține regim sever. Și ți-ar sta foarte frumos să înveți iar să mergi pe jos, ca în două luni de zile să slăbești vreo cîșpe kile”. Auzi ce vrea dumnealui! Să-și mai pună pofta-n cui! Mie-mi place să trăiesc, să beau, să mă veselesc. Și nu cred că o să mor dintr-un kil de vinîșor. Să dai sfaturi nu e greu; vorbe d-astea știu și eu. Dacă ești de meserie, dă-mi, dom'le, o doctorie, să mînc și să slăbesc fără să mă chinuiesc. Cum adică? Am vreo-o vină că mi-am cumpărat mașină? Să stau plictisit prin stații? Na, că iar am palpații! Fie vorba între noi, nu mai sînt doctori de soi!

Corado NEGREANU

GHICI CINE VINE LA CINĂ?

Soția: Ghici ghicitoarea mea!

Soțul: Ce faci dragă, vorbești în enigme?

Soția: Ghici cine vine la cină?

Soțul: Pun pariu că iar e o idee trăznită de a ta și...

Soția: Și ce?

Soțul: Bine, draga mea; inviți oaspeți la masă și mi spui de-abia acum?

Soția: O surpriză!

Soțul: S-o auzim! Hai, cine vine diseară la cină?

Soția: Doctorul Petrescu de la etajul cinci. Cu soția.

Soțul: Dar nici nu-l cunoaștem bine. De-abia s-a mutat.

Soția: Nu-i nimic, îl vom cunoaște de-acum încolo, avem tot timpul.

Soțul: Și ce ți-a venit să-l inviți?

Soția: Pentru tine...

Soțul: Pentru mineee?! E o confuzie, bineînțeles.

Soția: Nu-i nici o confuzie: l-am, chemat pentru tine, pentru liniștea ta. Bărbații sînt niște prăpăcioși, cunoaștem și noi puțin.

Soțul: la stai, dragă, nu-nțeleg nimic.

Soția: Ai să-nțelegi tu curînd...

Soțul: Continui să spui că-l chemi pe doctorul Petrescu pentru mine? E absurd!

Soția: Ba nu e deloc absurd.

Soțul: Dar doctorul Petrescu e mamoș!

Soția: Exact! Trebuie să ni-l facem prieten.

Soțul: Pentru ultima oară: ce am eu cu un mamoș?

Soția: Tu nu, dar eu?

Soțul: ? ? ?

Soția: Ai priceput, nu? Vom mai avea un copil și te știu cît ești de exagerat în postura ta de tată. Așa că m-am gîndit că pentru liniștea ta, dar și a mea, avem nevoie de un medic în grija căruia să fim de azi înainte, pe care să-l avem permanent la dispoziție, ca să nu-l mai înnebunim toată ziua pe cel de la dispensarul policlinic. Și fiindcă doctorul Petrescu tot e vecin cu noi... îmi pare bine c-ai înțeles! Hai să mă ajuți să pregătesc cina!

Soțul: Abia aștept să-l cunosc mai bine pe acest simpatic doctor Petrescu!

Soția: Norocul lui...

Dan TĂRCHILĂ

PRIETENUL MEU, DOCENTUL

I. ANTOV (R.P. Bulgaria)

Pe neașteptate a început să mă doară inima. Repeze l-am căutat pe vechiul meu prieten, docentul.

- Da, desigur - mi-a spus după ce m-a consultat. Într-un asemenea stil de viață e ceva normal.

Mi-a prescris doctoriile.

- S-ar putea să te doară puțin capul de la doctorii, dar nu-ți face probleme.

Și într-adevăr, m-a apucat o durere de cap groaznică. Docentul era fericit.

- Te-am făcut atent - mi-a spus zîmbind -, o asemenea reacție am constatat de mai multe ori.

Și mi-a prescris aspirină. Durerea de cap mi-a încetat, dar m-am ales cu arsuri la stomac.

- Excelent! a spus liniștindu-mă prietenul - așa trebuie să fie! De la cantități mai mari de medicamente pacientul se alege cu gastrită sau colită. De aceea trebuie să te tratăm.

Așa am început să iau alt medicament. Rezultatul a fost că la ambele miini m-am ales cu erupții alergice.

- La aceasta nu m-am așteptat, a spus liniștit docentul, dar nu-i nimic, erupțiile alergice le înlăturăm. Le-a înlăturat. După două săptămîni erupțiile au dispărut, dar mi s-a umflat ochiul drept.

- Interesant! - a constatat docentul - pentru prima oară vîd așa ceva, că alergia a atacat ochiul.

Acum mi-a prescris o alifie, de la care însă mi s-a umflat urechea dreaptă.

- Așa ceva nu poate fi de la alifie - a încercat să mă convingă - asemenea lucruri n-am mai văzut, trebuie să facem spălături în ureche. Dar după spălături au început să mă doară dinții.

- Asta o știăm! - mă consolă prietenul. Este ceva foarte logic, pentru că spălăturile pot influența dantura.

Aveam niște dureri, că m-am decis pentru „tratamentul clasic”: am băut o sticlă de rachiu. La ultimul pahar mi-am pierdut echilibrul, am căzut și mi-am fracturat piciorul.

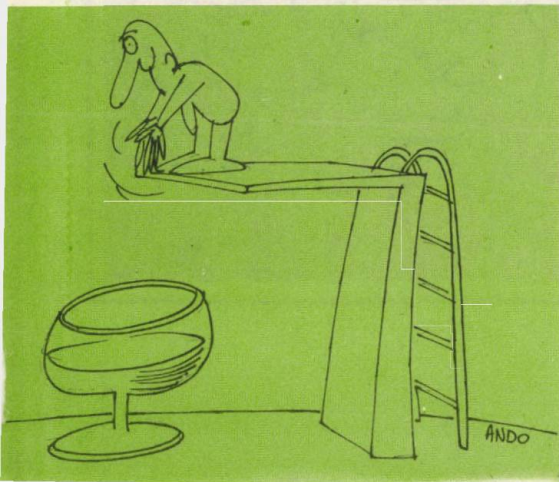
- E un miracol, a strigat docentul cînd m-a văzut în gips! Durerea de dinți să provoace schiopătarea. Așa ceva știința încă nu cunoaște!

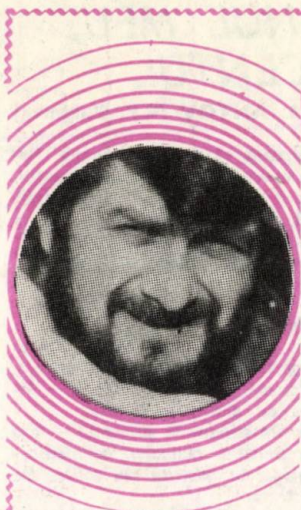
Apoi un timp a stat pe gînduri și a declarat:

- Ai o maladie foarte rară. Judecă și tu: a început cu dureri de inimă și uite cum s-a terminat... Aș face un păcat împotriva științelor medicale dacă acest caz nu l-aș descrie.

A scris totul, de la început și pînă la sfîrșit, apoi a susținut într-o dizertație cazul și a devenit profesor.

Traducere de T. CUTLIC





GH. D. CONSTANTINESCU

GH.D. CONSTANTINESCU,

PE TOATE LUNGIMILE DE UNDĂ

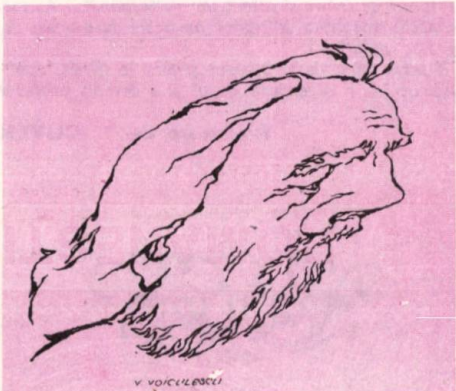
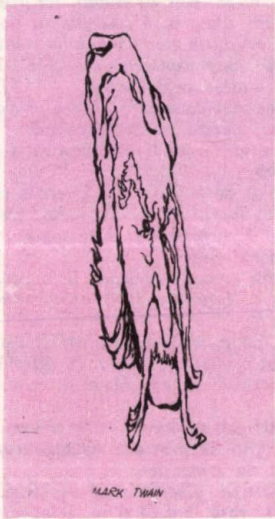
Hirsut ca un lup de mare, dar cu un zîmbet posnaș în colțul gurii în loc de pipă, Gh.D. Constantinescu este desenat el însuși în culori de contrast (părul negru ca pământul, ochi albaștri ca cerul); operează cu ascuțișul peniței și, în același timp, varsă o lacrimă de răcoare peste subiectul incriminat; un dur care a învățat foarte bine arta de-a fi simpatic.

A debutat în viață la 4 iulie 1943, în București, iar în caricatură, în 1958, la ziarul „Informația Bucureștiului”. În 1963, o mică escapadă scriitoricească spre reportajul gazetăresc, în ziarul „Scînteia Tineretului”. Se reîntoarce, însă, la uneltele sale, destul de repede, fără alte abateri de... gen. După acest „incident”, începe să publice în majoritatea ziarelor și revistelor din țară. Ii sînt dedicate pagini de autor, desenele sale sînt reproduse în presa străină. Prezent pe simetele expozițiilor din țară și de peste hotare, se alege (fiind ales!) cu mai multe premii și distincții. În urma unui periplu grafic – de mai mulți ani – la ziarul „Scînteia Tineretului” și la gazeta „Munca”, se stabilește definitiv la revista „Urzica”. Aici, este redactor de rubrică și responsabilul secției de grafică, unde se dezvoltă profesional sub auspiciile desenului subordonat ideli, caracterizat prin vigoare, rigoare și calitate. Realizează ilustrație de carte și afiș. În ultima vreme se dedică artei portretistice și șarjei plastice în viziune proprie, în care figurile victimelor trebuiesc identificate ca după călcătura unei labe de elefant.

Ziua cu responsabilitățile redacționale, noaptea cu pasiunea preferată: radioamatorismul. În această din urmă calitate, sub indicativul YO3CG.

Un liric, care va să zică, atît noaptea cît și ziua, precum în cer așa și pre pămînt!

RODICA TOTT



BALNEARĂ

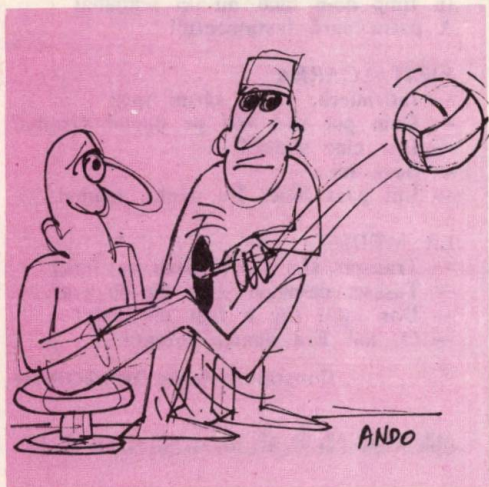
Iubitor nevoie mare
De ozon, de brazi, de soare,
Leul a descins mai an
Într-un peisaj montan
La o vilă, cum să spui,
Mai așa, de nasul lui.
Ceilalți vecini ai săi
De prin multele odăi,
Nemaivîrind si-aici să știe
Ce e aia ierarhie,
Îl tratau astfel, încît
Îi ziceau „Noroc!”, și-atît.
Treabă care, vezi matală,
Nu-i plăcea domniei sale!

Iată însă că-ntr-o zi
Coana Vulpe îl zări
Și-ncepu, așa, pe stradă,
Să se gudure din coadă:
— Vai, ce frumos luminată!
Și ce ochi! Figura toată,
Vorba, gestul, comportarea,
Vă trădează... încadrarea!
Vreau să știu atît și punct:
Sînteți leu sau... leu-adjunct?

Dar distantul animal
Chicoti baritonal:
— Lasă, zău, că și mata
Mă uimești, pe cîntea mea!
Mi-ai plăcut de prima dată
Că ești vulpe... platinată
Și ți-o spun fără-ndoială:
Cred că ai și-un pic de școală!

Ce-a urmat, nu este greu
De ghicit: stimatul Leu
S-a întors la slujbă iară
Și cu vulpea... secretară!

Stelian FILIP



DIALOG ÎN MERS

Ea — (românțioasă) Oh, dragul meu, ce plăcută e această plimbare prin parc! Merg..., merg și mă întreb: de unde atîta frumusețe?... De ce taci? Tu nu te întrebi nimic?

El — Ba mă întreb și eu ceva.

Ea — Ce?

El — De unde atîta putere să străbat tot parcul?

Ea — Dar nu-l străbatem, îl ocolim. Îl ocolim și ne întoarcem în același punct, la banca asta. Pentru că parcul are forma unui cerc.

El — Ce diametru o fi avînd?

Ea — Vom afla mergînd.

El — (cu năduf) De-aia nu mi-a plăcut mie niciodată geometria.

Ea — Doar n-o să-mi spui că ai obosit?!

El — Mai e nevoie să-ți spun? Nu se vede?

Ea — Fiindcă n-ai antrenament. Nu știi că mișcarea face bine? Ea acționează asupra tuturor funcțiilor.

El — Asupra funcției mele, nu.

Ea — Dar ce funcție ai tu?

El — De birou.

Ea — Păi vezi? Ar trebui să faci zilnic cîte o plimbare pe jos. Cînd te duci sau cînd te întorci de la lucru. Să începi chiar de mîine.

El — Aoleu! Nu putem să spunem că mîine e S.R.L.?...

Ea — O să vezi: după o plimbare mai lungă în doi, în pas vîoi, și somnul e mai adînc.

El — E complicat să te plimbi în doi. Și somnul nu vine mai simplu cu un Diazepam?

Ea — Nu. Și apoi ce-ai spune dacă aș fi pornit singură?

El — Aș fi spus: bine că n-am pornit și eu.

Ea — Am o idee: ca să ți se pară efortul mai ușor, privește peisajul. De exemplu, privește pomul de colo, pe ale cărui ramuri stau rîndunelele acelea...

El — (Invidios) Pînă și ele stau...

Ea — Sau, dacă vrei, ți povestesc un film. Sau o carte. Ce carte ai prefera să-ți povestesc?

El — „12 scaune”

Ea — Of! Fii și tu mai romantic. Tu, cînd te plimbi cu mine, nu visezi nimic?

El — Ba da. Visez că stau jos.

Ea — Dar mișcarea evită o mulțime de rele. Și, în ultima instanță, îl evită pe medic.

El — I-auzi! Numai pe mine n-a vrut să mă evite.

Ea — Gata. Fii liniștit. Am ajuns.

El — Unde?

Ea — La bancă.

El — Mi se pare cunoscută.

Ea — Cred și eu: e cea de la care am plecat.

El — Adică... am făcut înconjurul parcului?!

(Țanțoș) vezi că am reușit?

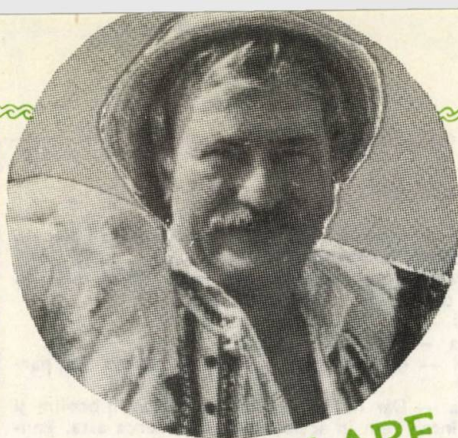
Ea — Fiindcă te-am dus cu cea mai mare forță a femeii.

El — Adică?

Ea — Cu vorba... Dar nu fii supărat: scopul scuză mijloacele.

El — Știi ceva? Venim și mîine. Poate mai ai vreo două maxime din astea...

Fred FIREA



O ÎNTÂMPILARE CU AMZA PELLEA

Despre neuitatul actor Amza Pellea, s-au spus multe istorii cu haz. Iată una, notată în carnetul de reporter, într-un decembrie nu prea îndepărtat, și povestită de celebrul nea Mărin, după ce-l așteptasem la Teatrul de Comedie, pentru un interviu de Anul Nou.

...Într-un concediu – cam obosit după niște filmări – când mă dusei pe la ai mei la Băilești – o cumătră mi se tot plîngea că o dor maselele. De fapt, nu toate erau betege ci doar una, făcuse abces, stricîndu-i estetica feței, de l-ar fi trebuit – cum zicem noi, actorii – un machiaj brava, ca să poată ieși la o parolă cu le-

lițele de sama ei. Om simțitor, n-am ce face și o iau la rost: „Acu' ce te tot bocești ca o babă? Du-te la dispensar ca să-ți tratezi maseaua ori să ți-o scoată, vād dumnealor, care-i situația”. Seara, cînd trec pe uliță, o văz în bătătură; „la zi, făt; ce făcuși; terminași cu beleaua aia?” „Nuu... Nu putu doctoru' s-o scoată, că are puroi, afurisita! Așa că-mi dădu să iau înții niște nasturi – era vorba de Tetracilină – cîte unul, de patru ori pe zi și cu o strachină de iaurt, fiecare. Da' vezi tu, abia după ce plecai din cabinetul lui, îmi adusei aminte că mie iaurtul îmi cade rău la stomac și nu pot să-l suport. Așa că lăsai nasturii pe masă, neînțeputi, și mă tot gîndesc ce ciorilor să fac... Tu, ce-ți dai cu părerea?” „Păi, dacă după ce mînci iaurt, faci potecă la... grupul sanitar din grădină, ia-le și tu, cu un pahar de udătură.” „Ii zisei asta și-mi văzui de treabă, adică de drum. La vreo două zile – că Băileștii e mic – mă vād iar cu cumătra: „Cum merge, fată?” „Păi, merge și nu merge. Cînd iau nasturele cu paharul de udătură, îmi amorțește toată falca, de nu mai știu nimic; da' după aia, iar mă doare și nu dă înapoi deloc!” Cum aud una ca asta, mă trece așa, o părere că la noi, udătură nu înseamnă musai, apă. „Auzi, tu; și cu ce fel de udătură iei pastilele alea?” „Păi, cu țuică de-a noastră, de dade, că acum-a-i vară și terminarăm zaibărul!” „Fată, îi zic eu; ia-le focului, cu apă, că așa dai de fundul butoiului și nu îți mai trece abcesul!”

Mai tîrziu, cînd veni vorba și-i spusei povestea unui prieten, doctor, nu m-a crezut și a ris. Pe urmă, m-a întrebat dacă după ce lua Tetraciclina cu extract de dade, cumătra mea se simțea rău. Rău nu se simțea deșteapta, că era neam de olteni zdaveni, da' căpiată de cap, era! Pentru că, vezi dumneata, o fi fost ea, țuica, de dade, da' are și asta niște grade, afurita”.

Aurel CODREANU

CÎNTARUL NĂZDRĂVAN

Cine nu se cîntărește? Uite eu, de pildă, mă urc din cînd în cînd pe cîntar să vād cît am mai luat sau cît am mai dat... Dar spre surprinderea mea, acum vreo două trei zile, am întîlnit un cîntar nemaipomenit. Vorbea! Da! Da! Vorbea! Vād eu că se urcă pe el o persoană mai slăbuță. Cîntarul. Piu...! Mai aveți nevoie de 6 kg pînă la greutatea ideală!

– Formidabil! zic. Ia să vād, mie ce o să-mi spună! Mă urc cu o vădită curiozitate pe platforma sa. Cîntarul... Piu...! A doua persoană să coboare!

Mă uit în dreapta, mă uit în stînga, nu vād pe nimeni. Abia cînd zăresc zîmbetul zeflemitor al acestui cîntar „fermecat” îmi dau seama de „plasa” pe care am luat-o. Făcea aluzie la mine. I-am aruncat o privire chiorșe și am coborît. Dar n-apuc să mă îndepărtez bine, că pe cîntar se urcă o persoană deosebit de durdule! Cîntarul: Piu... Piu...! Nu cîntărim grupuri! Nu cîntărim grupuri!

– Na! Că aceștia năzdrăvanul de cîntar i-a zis-o și mai și...!

Am plecat gîndindu-mă la cele întîmplute, și ho-tărîtă... să mai dau jos cîteva kilograme. Cele care m-au făcut de ris...

Doina GHÎTESCU

FEL DE FEL

APARAT AUDITIV

— Auzi cu noul aparat?
— Perfect! Serbăm evenimentul!
În timp de-o lună mi-am schimbat
A patra oară testamentul!

VIZITATOAREA

— Infirmeră, vreau să-mi spui:
— Cum pot să-l vād pe doctor Grama?
— Dar cine sînteți?
— Sora lui...
— Îmi pare bine. Eu, sint... mama!

LA MEDIC

— Transpir și-s foarte slab ca fizic!
— Tușesc, de-nghit și-un fir de praf.
— Dar tatăl tău a fost un ftizic?
— O, nu! Era doar... fotograf.

Constantin-Aurel DRAGODAN

CE-AȚI ZICE DE-O RADIOGRAFIE?

Alexandr ALEXEICIK (U.R.S.S.)

Simțind un junghi intercostal, Sidorov s-a dus alarmat la doctor. După o examinare amănunțită acesta îi declară: „Nimic grav. Puneți o cataplasma cu muștar și veți fi ca și nou”.

- Cum adică, nimic grav? Când inspir mă-njunghie aici, iar când expir se-aude și un horcăit.

- Nu vă faceți griji. Până acum eu nu am auzit absolut nimic. Sînteți sănătos tun!

- Cum adică, pînă acum? Mai tîrziu o să fie mai rău?

- Vă asigur că nu aveți nici un motiv de îngrijorare...

- Dar explicați-mi un lucru, tovarășe doctor. Când mă trezesc dimineața, nu am nici cea mai mică senzație de foame. Asta nu e rău?

- Nu, e cît se poate de normal. Se mai întîmplă.

- Cît se poate de normal? Se mai întîmplă? Când nu mai simți că ți-e foame, nu înseamnă că te roade ceva înăuntru?

- Atunci ce-ați zice de o radiografie și de cîteva analize? Asta nu v-ar pricinui nici un rău.

- Aha! Nu mi-ar pricinui nici un rău! Adică pînă la urmă tot este ceva în neregulă!

- Nu, nu este absolut nimic, dar dacă vreți să vă asigurați că...

- Tovarășe doctor, cu mine puteți fi cît se poate de sincer. Ce boală am? Rezist la orice diagnostic.

- Sînteți perfect sănătos.

- Perfect sănătos. Atunci de ce mai e nevoie de radiografie? De ce acest misterios „pînă acum”? Și-n general vorbind, la început ați fost foarte bine dispus, ca acum să mă priviți cu cei mai triști ochi din lume.

- Păi, vedeți dv., în antecameră așteaptă deja o mulțime de bolnavi iar dv...

- Mie mi se pare, totuși, că-mi ascundeți ceva. Dacă aș fi perfect sănătos, nu m-ați mai ține aici atît de mult. Tipul dinaintea mea a zbughit-o după patru-cinci minute, pe cînd eu mă aflu aici de mai bine de o jumătate de oră. Spuneți-mi, deci, totul. Sînt bolnav, nu-i așa?

Tracasat pînă-pestă, doctorul simți cum i se învîrtește totul în jur, apoi leșină în brațele pacientului. O puternică durere intercostală îi tăiasă și lui respirația...

Traducere de Petru IAMANDI

ULTRASCURTE

● Auzind că are o boală molipsitoare, solicita să-l viziteze la spital doar soacra...

● Culmea medicinii: să vindecî de turbare un căfel de usturoi...

● Se prezentase cu televizorul la centrul sanitaro-antiepidemic, spunîndu-le că are purici...

● Dintre țigară și fumător, al doilea se stinge mai repede...

● Rămăsese trăznit cînd l-a fulgerat cu privirea.

● Tusea are ca prim schimb strănutul...

● Beivul nu înțelege de unde are apă la gînunchi.

● Singura carte fără sfîrșit: „Istoria medicinei”.

Pombiliu COMȘA

ȚEPOASE

MEDICALĂ

Mi-a spus: dacă le deschid, Să le iau doar cu lichid.

Indicația e bună...

Le iau cu lichid de prună!

CONTRA SOMNOLENȚEI

Doctorul a zis că-mi trece,

Dacă fac cîte-un duș rece.

Dar vdeți, aici, e-aici!

Că eu dorm doar la servici...

EFACTUL MIȘCĂRII

A insistat să-l ascult,

Să mă mișc, cît pot mai mult.

Conștiincios m-am conformat,

Și-uite așa... am avansat!

Nicolae MEIANU

SFAT „MEDICAL”

Feriți-vă de sărutare!

Dă complicații! Nu-s de-acord!

Impulsul ei, plin de-nfocare,

Transmite-afecțiune“-n... cord.

Emil ARDELEANU-Tîrgoviște



VIOREL SANDU

GENTELMANUL

Jiri NOHA (R.S. Cehoslovacă)

În cabinetul medical al dispensarului uzinei a intrat un bărbat bărbos, cu pană la pălărie. În mână ținea o orhidee albă, o raritate ținând seama și de anotimpul răcoros.

- Știu că, în probleme de servicii, nu se cuvine, dar... zise el, punând floarea pe biroul în spatele căruia ședea doctorița, trecută bine de prima tinerețe.

- Ooo, vă mulțumesc! - a pronunțat, aproape șoptit, aceasta. După cum se vede, încă n-au dispărut cu totul gentlemanii!

- Nu văd pentru ce, spuse pacientul oarecum distrat.

- Gestul contează întotdeauna, replică femeia în halat alb.

- Da, așa se pare! zise plin de sine pacientul. Dar, în fond, ce e o floare? Un fleac, cum spune nevastă-mea! Uite eu, cu banii ce i-am dat pe ea, puteam să cumpăr o sticlă cu vin bun; nu-mai că m-am ferit să fac asta, gândindu-mă că o să vă fie, oarecum, neplăcut să...

Doctorița îl întrerupse, tușind semnificativ.

- Aș fi putut, de asemenea, să cumpăr o cutie cu bomboane de ciocolată, dar dumneavoastră, știu că în sfaturile educativ-sanitare pe care ni le dați, combateți consumul de dulciuri care duc la obezitate și colesterol mărit.

Doctorița tuși din nou, mai tare.

- Iar în ceea ce privește floarea, să știți că soacră-mea, care mă împrumută mereu cu bani...

Apucând orhideea, doctorița i-o azvîrli drept în față exclamând indignată:

- Ia-ți floarea și pune-o la pălărie, în locul penei aceleia caraghioasă! Și dispari, ca să nu-ți mai simt, aici, nici măcar duhul!

Gentlemanul ridică de pe podea ordiștea puțin boțită și grăbindu-se spre ieșire, bombăni cu răutate:

- E clar ca bună ziua că ea a așteptat „altceva”!

Traducere de Victor GORȘCOVĂȚ

AFORISME SĂNĂTOASE...

■ Prietenii, când se întâlnesc, întâi se îmbrățișează și apoi se studiază; prietenele, întâi se studiază și apoi se îmbrățișează.

● Singurul caz în care omul nu cere rest de la 100, este... vrsta.

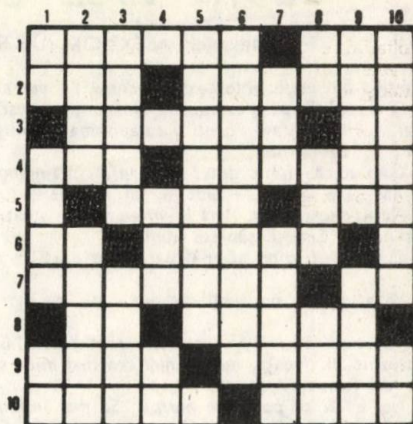
● Dacă fiecare ar fi propriul lui judecător, n-ar mai exista tribunale.

● Când e prins, lupul acceptă să fie chair și cățel de casă.

● Ipocritul nu are nevoie de măști.

Dumitru MIHALACHE

MEDICALĂ



ORIZONTAL: 1) „Pîlnie” la purtător, pentru captarea undelor sonore - Roșu la ger. 2) Își dereghează sonorul, mai ales iarna - O simți pe pielea ta. 3) Scutiți medical - Durata calendarului. 4) Arbore de ceai din România - Dă din inimă. 5) Prefix pentru celulă - Recomandat la bolile care solicită repaus. 6) Văzute în luptă! - A se remarca prin absență. 7) Operații de refacerea țesuturilor - Viteză de sedimentare (abr.) 8) Începe amnezia! - O cîrjă pentru toată viața. 9) A ușura durerile - Pată albă pe unghie. 10) Un ficat anormal - Pulberea din plicul farmacistului.

VERTICAL: 1) Luate din fugă! - Obiectul medicinii - Grijă pentru sănătatea sa constituie o obligație permanentă a cadrelor medicale. 2) Boala... caprei lui Ion Creangă - Rană ajunsă la medic. 3) Specific unui popor - Boală... de inimă. 4) Riu în Germania - Cămăși la horă. 5) Maladie a ficatului. 6) Dă pleoapele peste cap. 7) Interjecție de gonit pisica - Bun la tuse. 8) Început de nevroză! - În virful epiglotei! - Sport pentru exersarea ochiului. 9) Sare medicinală - Bună de pus pe rană. 10) Nu are nevoie de poli-clinică - Primele simptome de afecțiune!

Dicționar: ILS

Andrei CIURUNGA

PESCUITORULUI...

E mare peștele, își spune el,
Și trage-n cet, nișel cite nișel.
Dar iată că deodată se-ncruntă:
În undiță era o rochie de nuntă...

Viorica NANIA

ÎNTE MIT ȘI REALITATE

Voltaire remarcă la vremea lui, ironic: „Medicina este arta de a introduce droguri, pe care nu le cunoști, în corpuri pe care le cunoști și mai puțin“.

*

Profesor dr. Frank consemna: „Cînd eram tînăr, aveam o sută de medicamente pentru o singură boală, acum cînd sînt bătrîn nu mai am decît un singur medicament pentru o sută de boli“.

*

Marele profesor dr. Magendie spunea adesea elevilor săi: „Nenorociților, nu ați încercat nicio dată să nu recomandați nimic?!“

*

Medicii englezi, în mare parte, se conduc și azi după proverbul: „Wait and see“ (așteaptă și vezi) – adică medicul să manifeste prudență în administrarea unui medicament.

*

Genialul Barthez afirma în prefața tratatului său de terapeutică: „Nu vă încredeți prea mult în medicamente și mai ales în cele noi“.

*

Dr. Manquat, autorul eruditului tratat „Terapeutică rațională și practică“, conchidea: „Terapeutică este o știință prea încărcată, care studiază puțin și de care ne servim fără metodă“.

Dr. Mihai MATEICIUC

FEL DE FEL...

DERMATOLOGUL

E o ncercare temerară,
Văzîndu-l cît este de chel,
Pentru podoaba capilară,
Să stai în tratament, la el!

Constăntin PĂUN

AVANTAJ

Un amic îmi zise-odată:
„Mă dor dinții de mă sacă“.
„Și pe mine cînteodată...“,
Îi răspund: „dar eu am... placă“.

TACTICĂ

Ieri îl supăra o coastă
Astăzi inima îl doare
Și-și păstrează o năpastă...
Pentru data viitoare.

Constant CONSTANTINESCU

GÎNDURI DESPRE SPORT, VIAȚĂ ȘI SĂNĂTATE...

● Un corp cufundat în apă, devine mai... curat!

*

● După șocul nervos pe care l-a suferit, i s-a interzis, pentru cîteva luni, munca intelectuală. I s-a permis, totuși, să scrie texte de muzică ușoară...

*

● Nu și-a bătut mințile; deocamdată numai retribuția...

*

● Sînt de acord să ai greutate în plus... în societate!

● Terminînd medicina, nu-i totul să-ți iei soarta în propriile mîini; principalul e să nu le... murdărești!

Dr. Victor GORȘCOVĂZ

RONDEL

Îl vezi mereu la cabinet
Cerșind scutire medicală
Cu medicii stă la tocmeală,
Insistă, chiar dacă-l reped.

Uneltele își lasă-n hală
Și pleacă-ncetișor, discret.
Îl vezi mereu la cabinet
Cerșind scutire medicală...

Colegii săi, muncind concret,
Sporesc producția globală.
El, după orice, zăiafet,
Își născocoște cîte-o boală...
Și-l vezi mereu la cabinet...

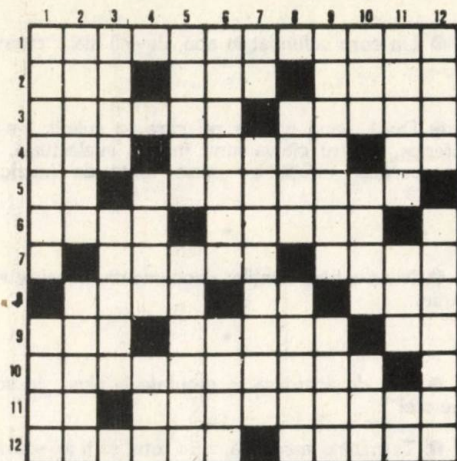
Traian GĂRDUS

MINI-DICȚIONAR MEDICAL

- Băi calde în stațiune = Baie în baie!
- Cataplasme cu muștar = Condiment - medicament.
- Chelie = Frunte cu... prelungitor
- Diabet = Boală... dulce.
- Greutate în plus = Sănătate în minus!
- Guturai = Nas cu... irigație!
- Parafa medicului = Cartea de vizită... a sănătății!
- Tic nervos = Nervi care ies... pe dinafară!

D.C. MAZILU

MEDICINA ÎN FAMILIE... DE CUVINTE



ORIZONTAL: 1) Boală care trece repede (de la om la om). 2) Lungi, cît toate zilele - După ureche - Ține de urît. 3) Nu este de față - Turbare. 4) Trebuie băut la cap. - Robit bine - Perene! 5) Dat de gol! - Se examinează prin pipăire (pl.). 6) Curată, nu glumă. - Sare ca fierrea. 7) A omeni după sfatul medicului - Operă de Verdi. 8) Suprafață pentru diverse operații - La igienă! - Uns cu toate alifiile. 9) Fructul gîtului - Ascuțiți la minte - În loc de dar. 10) Moș Ene în halat alb. 11) Ține - Calificate în serie. 12) Jocul oaselor - Vizibil la o stare bună a timpului, după raze. VERTICAL: 1) Cot - Boală cerească. 2) Drumul Lunei în ochiul nostru - Păsărică. 3) Se aruncă la dispensare - Devine cronică prin apariția ei zilnică. 4) Uscat în contact cu apa - Șefi mai mici! 5) Coaste adevărate - Bolnav fără durere. 6) Cusut de ucenicul lui Hipocrate - Ereditatea din pleoape. 7) Miros și gust - Specializată în operații la ochi. 8) O adevărată plagă - Rețea sanitară. 9) Structura internă - responsabilă cu natalitatea la vechii egipteni. 10) Fondul Crucii Roșii - Incursiune prin spitale - Teste! 11) Sănătăți dărmate - Primul nostru donator onorific de sînge - Teșire. 12) Intră în atmosfera chirurgicală - Bolnavul inchipuit de la ora 10.

Nicolae BUCUR

NU SÎNT SUPERSTIȚIOSI!

N-am înțeles niciodată, de ce, în plină civilizație, în secolul marilor cuceriri tehnico-științifice, sînt cîte unii cu pretenții de cultură, care mai cred în superstiții, adică, în acea „credință primitivă în semne prevestitoare de rău”, cum le numește în sușă dicționarul enciclopedic!

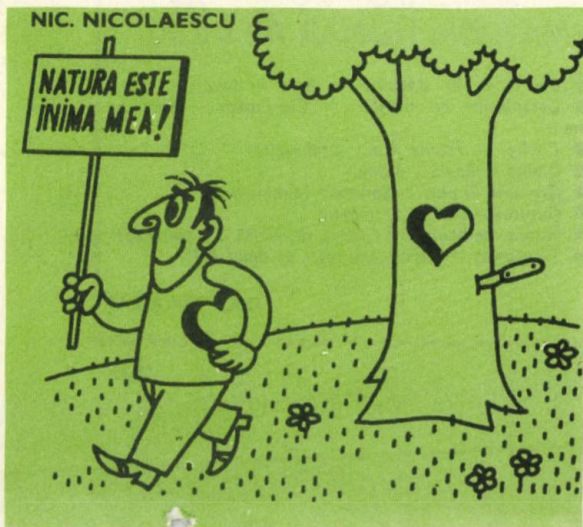
Uite eu, bunăoară, cînd am plecat azi dimineața la servici - în urletul sinistru al șoricarului vecinului de apartament - mi-a tăiat calea o pisică neagră, exact la capătul ultimelor trepte ale scării. Cu ochii după ea, admirîndu-i blana de „catifea neagră” m-am ciocnit fără să vreau de responsabilă cărții de imobil, ce avea în brațe două cofraje cu ouă și din care întregi, n-au mai rămas decît ambalaje! Numai eu știu cîte mi-au auzit urechile și cu toate că am apelat la toate formulele de scuze posibile și imposibile, pînă la urmă tot am achitat paguba... dar nu m-am lăsat copleșit de superstiție, fiindcă totul nu era decît o simplă întîmplare!

Chiar și în tramvaiul pe care l-am luat voinicește din mers, cu un sfert de picior pe scară și cu altul în papornița unei vînzătoare de flori, abia reușind să avansez vreo cîțiva zeci de centimetri, am cedat cu mari sacrificii trecerea la doi tineri consumatori de „bomboane agricole”... grăbiți să cumpere printre primii, țigări „Snagov” și bilete de fotbal, la stadionul din cartier! Și să știți că nu am dat-o pe superstiție, nici atunci cînd m-am trezit cu două stații mai departe de locul unde trebuia să cobor... Apoi m-am oprit la patiseria de lîngă instituția unde lucrez de-un car de ani, dornic să mai apuc să sorb din fugă, o „sana”. Aliment bogat în vitamine și principii alimentare, gîndeam eu, privind cu voluptate la borcanul cu conținutul albicios, pe care, nu știu cum, fascinat de doliul de sub unghiile vînzătoarei și de repetatele-i strănuturi în afara batistei, am reușit deosebita performanță să-l scap din mîini, împrôșcîndu-i neașteptat pe toți cei din jur. Au urmat, bineînțeles, tradiționalele apostrofări și scuze peste scuze, deoarece despre „celelalte cuvinte” mi-e rușine să mai reamintesc... dar și de această dată am ignorat ideea superstiției, gîndind că totul nu a fost decît numai și numai o nefericită întîmplare! Iar cînd am ajuns val-vîrtej la condică, împreună cu o colegă „îmbrăcată în doliu”, constatînd că venisem cu 10 secunde după șeful meu, tot nu mi-am ieșit din fire, fiindcă oricum nu cred în superstiție! Am ripostat însă, cînd cineva m-a tras de mîncă spunîndu-mi cu reproș: „După ce că toată noaptea ai vorbit în somn, acum mai și sforăi?!? Era soția mea căreia i-am zîmbit cu dragălașenie... Într-o duminică de 13!

George M. GHEORGHE

SFAT În viață, ca și-n sport, mereu,
Oricît de greu ar fi să-ți pară -
Să fii tu primul la „fileu”
Și-atent, ca să nu tragi în „bară”.

George VASILIU



PE ARIPILE UNEI AMINTIRI

Sosisem la Tg. Jiu în interes de serviciu, într-o după amiază de februarie cusută cu arnici de chiciură și, cum nu mă știam prea obosit, mă lăsaî ispitit de capcana unei scurte întrevederi cu operele marelui sculptor Constantin Brîncuși. Doream de mult să vizitez acest oraș care a dat țării atîția cărturari de prestigiu și regretam faptul că timpul mi-era drămuît și nu puteam fura cu ochii tot ceea ce mi se mărturisise. Seara tîrziu, avînd un puseu febril, colegul meu de cameră, speriat, știindu-mă bolnav și de inimă, sesiză cazul la „Recepție” solicitînd intervenția primului spital mai apropiat. N-a mai fost nevoie, deoarece în hol se găsea întîmplător dr. Adrian Becherete care s-a deplasat în camera mea supunîndu-mă unui examen medical cu totul și cu totul original. Între două întrebări profesionale, te surprindea cu rafimanentul unui aforism inedit sau cu tăișul de brici al unei poante epigramatice. Cred că ne-am intuit din ochi, pentru că a doua zi am fost invitatul doctorului acasă, unde aveam să-l cunosc în toată intimitatea lui. Și aveam să văd multe și să mă prind în capcane nebănuite. O mulțime de caricaturi și medalioane plastice îmi zîmbeau de pe pereți sau din bibliotecă, unde Amza Pellea ocupa locul unui tribun înscăunat de ani. „Are umor dom'le, explodează de-atîta umor și pe de-asupra mai e și oltean. Am

încercat și eu să scriu, dar muzele m-au tradus, cu alți feți frumoși”. Și mi-a pus în brațe un vral de cărți și de reviste: „Uită-te prin ele”. Și așa am aflat că a semnat mulți ani sub pseudonimele: Andrei Boldur, A.C. Til, B. Adrian, în paginile unor ziare și reviste, ca „Apărarea Patriei”, „Gazeta Gorjului”, „Columna”, „Ramuri”, „Orizont.

Gheorghe PENCIU

FACTOR DE RISC

I s-a dat biletul, prescris medical
Însă nu mai pleacă pîn-la Techirghiol,
Se descurcă omul și pe plan local:
A găsit remediu: băile de-alcool.

UNUIA

Deviza ta-i „Cu orice risc,
Mereu mai sus”. Ca un erou,
Lupți aprig să ajungi un pisc
Dar nu în munți, ci la birou...

AȘA ZISULUI POET

O întrebare mă îmbie
La care un răspuns aș vrea:
Cu care mîină mai și scrie
Cînd el, cu amîndouă, bea?

Adrian BECHERETE

PICĂTURI

- La un examen de igienă, profesorul întreabă pe un candidat unde începe digestia.
- În gură, răspunse acesta.
- Nu, domnule, digestia începe în bucătărie.

Doctorului X nu-i plăcea să fie deranjat noaptea. O dată, în miez de noapte, sună telefonul:

- Ce mai este? spuse doctorul.
- Doctore, repede... repede... fiul meu a înghițit un soarece!
- Ei, bine, fă rost de o pisică și lasă-mă în pace, spuse doctorul culcîndu-se din nou...

- Trebuie să fumați mai puțin! - spuse medicul.
- Nu pot, domnule doctor, sînt scriitor și numai țigara mă inspiră...
- În acest caz, ar trebui să fumați țigări ceva mai bune...

- Mă doare îngrozitor o măsea.
- Dacă ar fi a mea, aș scoate-o imediat.
- Dacă ar fi a ta, aș face și eu același lucru.

Traduse și prelucrate de Pia HAȚEGANU



CULMEA...

...ANESTEZISTULUI: Să anestezieze pacientul cu minușile de box...

...ASISTENTEI MEDICALE: Să-l lase pe pacient să se prăpădească după dînsa...

...BANEOLOGULUI: Să-i culeagă iubitei din razele solare, un buchet de ultraviolete...

...CHIRURGULUI: Să amputeze brațul unei macarale...

...FARMACISTULUI: Să-ți redea buna dispoziție, servindu-te cu un flacon cu pilule umoristice...

...ORELISTULUI: Să trateze urechea unei ac și gîtul unei sticle...

...OFTALMOLOGULUI: Să trateze ochiul de pisică al unei biciclete...

Ion NEGREANU



CONFUZIA

— Vă rog ajutați-mă, salvați-mi soția! Sînteți ultima noastră speranță! Să nu-mi spuneți că nu puteți... unchiul Tase, vecinul dv., mi-a povestit tot. Ați reușit dv. în cazuri mai grele.

— Aaa... ești nepotul tovarășului Tase... Parcă mi-a zis dînsul ceva... De ce nu mi-ai spus de la început omule... Unde lucrează soția dumitale și cum te pot ajuta.

— Acum nu mai lucrează... e în concediu medical. Șeful ei, care-mi este rudă, mi-a zis imediat după ce a aflat rezultatul investigațiilor: „Ioane, ai grijă, s-ar putea ivi complicații. Pînă se mai limpezesc apele e bine ca soția ta să stea acasă”. Dar ce importanță au toate astea! Principalul este că avem nevoie de ajutor și dumneavoastră sînteți, după cum am aflat, singurul în măsură să o salvați. Ce, altfel veneam eu din fundul Moldovei, lăsînd șantierul, tocmai la București?

— Deci, dumneata dorești să dau o mîină de ajutor la transferul soției pe șantierul unde ești detașat...

— Nu, domn'doctor, nu asta vreau eu. Cu totul altceva... Ce parcă nu știți dv... Doar nu sînteți la primul caz. Faceți ceva pentru ea! Zău, de cînd a aflat că e în pericol nu mai doarme deloc. Stă în bucătărie noapte de noapte.

— Asta nu e bine, totuși pentru a întreprinde ceva trebuie să știu tot. Să văd investigațiile primare, analizele..., mă rog toate actele. Altfel nu pot să garantez că întregul proces va evolua așa cum dorești dumneata. Oricum, pentru insomnie și calmare trebuie să-i administrați medicamente. Ziua o pastilă sau două de Rudotel iar seara una

de Nitrazepam... Dumneata trebuie s-o înțelegi, s-o menajezi, să nu faci cine știe ce prostie. Și acum, spune-mi, te rog, pe scurt, întreaga poveste. Mai am și alte cazuri.

— Lăsați povestea domnu' doctor... Știți dumneavoastră cum se întîmplă: de ce ai de aia vrei să ai mai mulți. Ai doi, îl vrei neapărat pe al treilea. Mai bine spuneți-mi dv. ce să facem ca procesul să decurgă... mă rog, în regulă. Vă rog să precizați momentele mai dificile, cum să ocolim anumite pericole. Care să fie în această perioadă comportamentul meu și mai ales al ei. Aș vrea, oricum, să evit internarea.

— Pînă nu văd dosarul nu pot să mă pronunț...

— O copie a dosarului e jos la Maria. Are în el totul... analize, biletele de ieșire, sau cum le zice, ba chiar și certificatele de naștere... Mă rog, toate antecedentele.

— Deci a mai fost... internată?

— Da, de două ori.

— Știți că în caz de recidivă e mai greu. Trebuie și dînsa să fie mai atentă, mai ales că nu este pentru prima dată!...

— Așa ne-am zis toți, dar parcă te poți abține cînd știi că dacă ai mai mulți ești mai fericit?

— Mulți? Nu prea înțeleg. Fii bun și cheamă soția. Îmi va explica ea.

— Acum o chem. E jos, în fața vilei. Mario! Haide dragă, grăbește-te, s-a aranjat... Dacă te vede domnu' doctor Popescu în mai puțin de un an o să mai am un moștenitor...

— Ce moștenitor tovarășe? Cum adică peste un an? (Pricepînd, în sfîrșit, cel care fusese luat drept medic începu să ridă în hohote). Măi, oameni buni, eu sînt doctor în drept, Popescu, ginecologul, și el prieten cu tovarășul Tase, stă la etajul II.

Constantin BĂRARU

BOLNAV DE... BACHUS

O săptămînă-a chefuit,
Deabia se ține pe picioare.
Și-acum la medic, pocăit,
Concendiu vrea. Să se repare!

PRECOCITATE:

Mînca l-ar tata de voinic,
Are cinci ani, dar cît de mic
El știe să deosebească
Un Murfatlar de o Băbească!

Geo CIOCLAN

HAPURI AMARE

ÎN CABINETUL MEDICAL

— Am o migrenă-ngrozitoare
Cum aș putea de ea să scap?
— E bine. Capul cînd te doare,
Ne dovedești că ai și cap.

FUGE DE MEDIC

În viața lui n-a luat un hap,
Încredere în doctori n-are.
Că omul care n-are cap,
Își duce boala pe... picioare.

Gabriel TEODORESCU



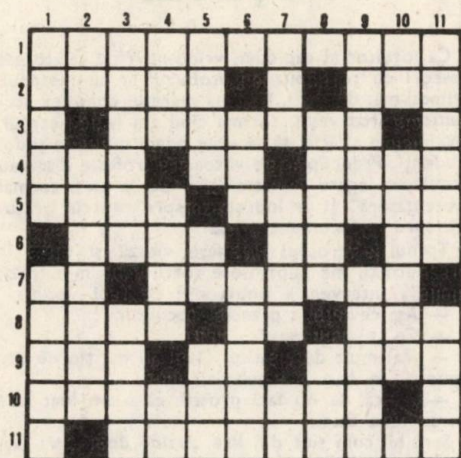
LA SALA DE TRATAMENTE

(Triverb: 5, 7, 3)

CC RG (E)

Dr. Nicolae ANDREI

GIMNASTICA!



ORIZONTAL: 1) Celor cu activitate de acest gen, caracterizată prin lipsă de mișcare, li se recomandă gimnastica pentru înlăturarea efectelor negative. 2) Interval de timp în care se poate efectua gimnastica la locul de muncă - Inedit. 3) Verbul plăminilor. 4) Lampă de radio - Abis! - A înceta lucrul. 5) Nimic, de loc - Caracter al efortului depus de cel care lucrează într-o poziție de imobilism. 6) Așa cum sînt eforturile efectuate de pietrari, betoniști etc. pentru care exercițiile de gimnastică trebuie să urmărească tonificarea musculaturii neangrenate și relaxarea celei supra-solicitate - Udrea Barbu - Afirmație. 7) Marin Pie-

trăru - Care se referă la regiunea spatelui (masc. pl.) 8) Și el face sport! - Exercițiul 6 și 8 - Pseudonim al profesorului I.C. Banu (1856-1935). 9) Verucă - Petre Gheorghiu - Producător de in. 10) Acțiuni fizice făcute sistematic și care compun programul de gimnastică. 11) Indicator ce caracterizează eficiența unei activități ce poate fi îmbunătățită prin „odihnă activă” adică exerciții de gimnastică în pauzele de lucru.

VERTICAL: 1) A crește, a mări, efect ce se înregistrează asupra producției și productivității muncii în întreprinderile unde practicarea gimnasticii la locul de muncă a devenit o permanență - Muncitor din subteran. 2) Perechea lui - Program de gimnastică ce cuprinde șase exerciții formate din 2-4 sau 8 timpi care se repetă, în medie de 32 timpi. 3) Timpul de efectuarea unui program de gimnastică, de obicei 4-5 minute. - Nigerul spre aval. 4) Stațiune balneară în sudul Franței - A consuma prin oxidare diferite substanțe din organism, în special grăsimi, în urma unor eforturi depuse - Sfârșit de tură! 5) Nună - Ion Olaru - Vechi certificat de studii din Franța. 6) Component al mersului pe jos - Se spune despre un mușchi lipsit de flexibilitate. 7) Numărul acestora este un factor principal în alegerea exercițiilor de gimnastică - A avea un acces de tuse - Cap de tabel! 8) Mic mijloc de transport din ce în ce mai puțin utilizat pe șantieri - Întreprinderea de instalații și montaj (abr.). Necorespunzător - Trăsătură. 10) Răsărit de soare! - A lua de jos și a duce în sus, acțiune întîlnită în multe meserii. 11) Element, de mare succes pentru atragerea oamenilor muncii la gimnastică, care stimulează, antrenează și dă ritmul potrivit mișcărilor - Membru superior al corpului omenesc, parte activă în orice exercițiu de gimnastică.

Cuvinte rare: RCA, IGER, EZE, PCN.

Vasile LUPEȘ

UNGUENTE

UNUI SOT

Nu știu cum de-o fi răcit
Că doar e... îmbrobodit!

DOCTORIȚA

Frumoasă-i a sa încălțare
(Nu-i vorbă, o poartă frumos!)
Din piele de șarpe-o fi oare
De merge așa... sinuos?

SUPRAPONDERALUL

Nu e lucru de mirare
Că de-un timp s-a-mbolnăvit.
Fel de fel de poște are
Dar niciuna de slăbit...

SCRISOARE

De un an și jumătate
Mamă-mi scrii că tot bolești.
Tată, multă sănătate
(Ca să poți s-o îngrijești).

N. PETRESCU-REDI

VÎNZĂTOAREA DE SEMINȚE

— Ia bomboane-agricule,
Ia de-aici, vericule,
Sînt, să știi, antigripale,
Hai de-mi dă safta matale...

IARBĂ REA

Deși tutunu-i iarbă rea,
Ce-i spune medicul, nu-i pasă,
Că de fumat tot nu se lasă,
Chiar de l-ar tîmîia cu ea!

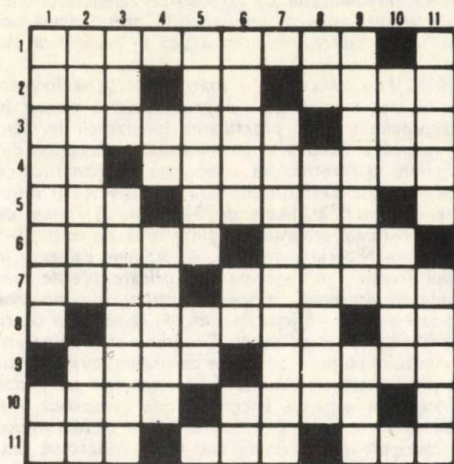
Naum SMARANDACHE

SFAT PRIETENESC

Mi-a șoptit în grai molcom
Un străbun nu prea limbut:
...Să te faci prin muncă om,
Nu s-ajungi un... om făcut!"

Dimitrie JEGA

NUMAI DESPRE SĂNĂTATE



ORIZONTAL: 1) Casă de sănătate. 2) Cea mai sănătoasă băutură - Febră pe sfîrșite! - Date cu pomadă. 3) Obiectul obstetricii (pl.) - Asigură transportul în Capitală (abr.). 4) Început de artrită! - Un suferind care suportă tratamentul cu stoicism. 5) Ajută la prepararea rețetelor medicale - Atentat la ureche. 6) A bicii nervii altora - Făcută de oaie. 7) Medicina, în acest careu - Luminile strămoșilor noștri. 8) Bătaie de inimă - Primele la examen! 9) Stofă ... anti-frig - Grăbit nevoie mare. 10) Locuință provizorie în aer liber - Așteptu chirurgia. 11) În vârful seringii (pl.) - Plină de suflet - Îngrijit la O.R.L.
VERTICAL: 1) Bunul cel mai de preț al omului - Un strop de calciu! 2) Nelipsite din orice cabinet medical - Lovitură fizică sau psihică. 3) Alt pacient la O.R.L. - Facultatea de a fi conștient. 4) Trepanație la cap! - Operat. 5) Înainte de-a fi anesteziată - Două sute la romani. 6) Lipsită de vedere - Primul cuvînt rostit la maternitate - A exista. 7) Dropică. 8) La capătul bisturiului! - Omul pășare. 9) Policlinici, sanatorii, spitale, într-un cuvînt - Ca orice boală. 10) La intrarea în stomac! - Liber cugetători. 11) Combustie internă peste normal. - Emoție la paroxism.

Andrei CIURUNGA

PENTRU VACCINARE (Monoverb: 4-7)

L T

Dr. Nicolae ANDREI

MIRACOLUL REȚETEI

Ca locuitor al capitalei, vrînd-nevrînd călătoresc deseori cu troleibuzul, autobuzul și cu metroul. Aflîndu-mă, deunăzi, în zona marelui complex studențesc Grozăvești, tocmai cînd am luat metroul, întîmplarea a făcut să se urce odată cu mine și doi studenți. Preocupați de viitoarea profesie discutau probleme legate de seminarul de la care tocmai „absentaseră” și se îndreptau spre centrul orașului, spre o documentare pe

Trenul metroului prinsese viteză și beția în atari situații mă cuprinsese total, cînd m-a trezit deodată intervenția unuia din cei doi vecini:

— Așa ceva mi-a prescris doctorul.

— Ce, ești bolnav?

— Mai mult decît atîta! Dacă nu mă țin de tratament, te bag la cheltuială...

— Mitică, să nu faci prostii, că n-am luat încă bursa luna asta...

Sensibil cum sînt din fire, auzind doi tineri „suferinzi” că sînt în impas, mă ofer cu generozitate și, prudent în a nu jigni demnitatea lor cu o morală nouă, le propun să intrăm într-o farmacie, avînd eu grijă de tot ce trebuie.

Mitică, adică bolnavul, s-a roșit pînă-n vîrfurile urechilor, iar celălalt, sănătosul, aplecîndu-se, privind într-o anume direcție îmi șoptește:

— la uite ce i-a prescris doctorul și încă de trei ori pe zi — dimineața, la prînz și seara. Nene, n-ai dumneata bani pentru medicamentul ăstuia.

„Stația Operetă, coborîrea prin dreapta” anunță difuzorul și toți de pe bănci s-au ridicat, îndreptîndu-se spre uși.

— La revedere, nene, noi coborîm, că trebuie să-l salvez, pe Mitică!

„Se-nchid ușile!” și metroul se pune din nou în mișcare. Cînd tocmai trenul da să intre în tunel, apar la geamul vagonului meu cei doi însoțiți de o splendidă tînără căreia i-am distins doar părul auriu, despletită de iușeala zborului bolidului cu care mă îndepărtam. Am deslușit totuși vorbele „sănătosului”: „Mitică a început tratamentul, se face bine cu siguranță!”

De-odată am făcut 40 de grade. Îmi ard pînă și pîngelele de la pantofi, îmi sfîrșie, gata să se topească, mînerul de la geanta „diplomat”.

La prima stație am coborît vîrtej, nu mai știu pe care parte, am luat în grabă un taxi și am venit la dumneata, doctore. Ajută-mă, salvează-mă, m-am îmbolnăvit... e contagioasă. Numai așa ceva mă face bine, vreau și eu o rețetă...

Ion. Gh. ARCUDEANU

DIN TERAPEUTICĂ

C R T

Dr. Nicolae ANDREI

DE-ALE LUI MITACHE

Poate fi văzut zilnic plimbându-se pe traseul lui preferat la capătul cărui se află un dispensar-policlinic. Așa s-a obișnuit Mitache încă de la ieșirea la pensie. Îi place acest lucru din cel puțin trei motive: Primo — pentru că strada se află în raza domiciliului său personal; Secundo — pentru că e liniștită, cu arbori pe margini, tocmai bună să o parcurgi în ambele sensuri, în vederea stimulării condiției fizice; Terțio — pentru că aici i se oferă prilejul unor întâlniri cu amici ori simpli vecini și cunoscuți, care frecventează dispensarul-policlinic în calitate de pacienți. Acest ultim motiv ar trebui trecut, de fapt, pe primul loc, fiindcă deține în existența lui Mitache un rol fascinant.

Se întâlnește, să zicem, cu Ionescu, fost coleg de birou.

— Ce mai faci, Goguță băiatule, ce cauți în cartierul meu? întreabă Mitache, încântat de revedere și cu toate antenele în funcție.

— Fusei la policlinică, răspunde Ionescu. Mă cam supără stomacul.

— Ei, lasă! Și cine te-a văzut? se interesează Mitache.

— Doctorul A.

Mitache face niște ochi mirați și totodată acri de parcă ar fi înghițit un borcan cu oțet.

— Of, Goguță, oftează el semnificativ. Tocmai pe mâinile lui te-ai dat?

— Păi de ce?

— E nepriceput. Știe o lume...

Lumea ce-i drept știe, însă exact contrariul. Doctorul A. se bucură de faima unui medic deosebit de priceput. Asta o știe și Mitache. Dar... Să-l

vedem pe Mitache față în față cu Popescu, vecin de bloc.

— Ce mai faci, vecine. Nu te-am întâlnit de un veac. Încotro te duci? îl abordează Mitache.

— La dispensarul-policlinic, răspunde vecinul. De la o vreme mă cam dor șalele. Am oră la doctorul B.

— Proastă inspirație! exclamă Mitache nemulțumit. N-ai aflat că doctorul ăsta e cam nepriceput? Știe o lume... Lumea știe că și B este un medic de prim rang, foarte solicitat pentru înalta sa profesionalitate și omenie. Asta o știe și Mitache. Dar...

Și astăzi așa, mâine așa, poimâine la fel, pînă ce Mitache însuși se simte cam rău cu stomacul. Și la cine credeți că apelează spre a fi consultat? Tocmai la doctorul A., care îi prescrie un tratament eficient și îl scapă de belea. Ca să vezi, nepriceputul!

Vine apoi o toamnă năbădăioasă și Mitache se trezește la rîndul lui cu dureri de șale. Mă rog, se întâmplă. Dar în cine credeți că-și pune nădejdea onorabilul? Tocmai în doctorul B, cel nepriceput, care, după un examen atent, îi stabilește și caracterul hibe și leacul.

Mă veți întreba de ce îi vorbește Mitache de rău pe niște medici atît de buni. Greu de găsit o explicație. Probabil pentru că nu locuiește și nu se plimbă în vecinătatea unei săli de concert. Acolo i-ar vopsi în negru pe cei mai talentați dirijori și soliști. Ce vreți? Și asta este o boală...

Eugen FRUNZĂ

PERLE CULESE DE LA CONSULTAȚII

- Iau doctoria cu apă hazoasă.
- Piciorul i s-a angrenat de tot.
- Mănînc fără continente și iau vitamina B convex.
- M-am vindecat de colită biliardă.
- Stă prost cu tensiunea antiaeriană.
- Nu se mai vindecă de tusea combustibilă, deși ia sirop de parașină.
- E prea departe cabernetul medical de locuința casei mele.
- Are hernie de fisc.
- Nu mai scapă de ghiudenul pulmonar la plămîni și o să dea în T.V.C.

V.D. POPA



ÎN VÎRF DE FOARFECĂ

— Alo! Bună ziua. Cu tovarășul doctor, vă rog!

— Tovarășul doctor m-a rugat să spun că nu e aici!

— Așa?! Ei, atunci, spune-i că nici eu n-am sunat!

*

— Doctore, care sînt nervii cei mai sensibili: cei ai ochilor sau cei ai urechilor?

— De ce întreb?

— Vreau să mă însor și încă ezit. Să mă însor cu o pictoriță sau cu o cîntăreață?

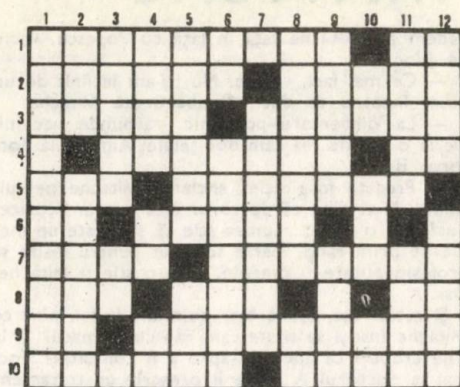
*

— Gigele, de ce îi scrii bunicului cu litere așa groase?

— Cum, tăticule, tu ai uitat că bunicul nu aude?!

Sorin PETRESCU

PLANTE MEDICINALE



ORIZONTAL: 1) Plantă ierboasă comună, cu flori galbene-aurii, din care se fac infuzii, recomandate în colite cronice și boli de ficat – Spin. 2) Plantă aromatică din ale cărei fructe se face un ceai bun pentru bronșite, colici intestinale și stomacale, viermi intestinali – Plantă ierboasă veninoasă, din rădăcina căreia se extrage aconitina, cu acțiune analgezică în sfera nervului trigemen (pl.) 3) Plantă comună, cu miros caracteristic, din care se prepară un ceai recomandabil pentru bolile aparatului digestiv, gută ș.a. – Arbore viguros, din a cărui coajă se poate prepara o fiertură împotriva diareei. 4) Buruiană comună din rădăcina căreia se poate face un ceai, recomandat în boli de piele (acnee, furunculoză), diabet, boli de ficat, calculi renali – Vede! 5) Zăpadă – Plantă ierboasă, cu miros plăcut, din frunzele căreia se prepară un ceai împotriva colicilor intestinale, colitelor cronice, dischineziilor biliare. 6) Din vale! – Vinăt la față. 7) Plantă ierboasă veninoasă, numită și cucur-

beața, din al cărei rizom uscat se prepară un decoct, în 2 dl lapte și 1 dl apă, contra ulcerului stomacal – Plantă ierboasă, numită și linăriță, din care se face un ceai contra hemoragiilor. 8) Fructul unei specii de manghier din Gabon – În carte! – Inimă de soră! 9) Aproape tot! – Plantă cu miros plăcut, din ale căreia flori se face un ceai calmant al sistemului nervos. 11) De exemplu, arinul (alb sau negru), arțarul, bradul, castanul sălbatic, dudul, fagul, salcia, stejarul ș.a., folosiți în diverse moduri în medicina populară – Nume dat prin Banat salcîmului, copac din ale cărui flori se face o infuzie folosită în gastrite.

VERTICAL: 1) Plantă ierboasă, din rădăcinile căreia se prepară un ceai expectorant și cu proprietăți vermifuge. 2) Unde (reg.) – Plantă erbacee veninoasă, numită popular spînz, din rizomul căreia se făcea un decoct purgativ. 3) Plantă ierboasă, din care se poate prepara un ceai bun contra tusei și durerilor de piept – Virf de măr! 4) Asirian (poetic) – Calfe! – Din plop! 5) Nuanțe – Atmosferă. 6) Rădăcină de anason! – Plantă ierboasă, aromatică, din care se poate prepara un ceai calmant al spasmelor căilor respiratorii, (în tusea convulsivă, astm, bronșită (pl.). 7) Botanica sau medicina. 8) Altă denumire a mușcatei, plantă ornamentală folosită în medicina populară: frunzele se pun pe tăieturi și răni – Nap sec! 9) Smirghel – Plantă ierboasă, veninoasă, numită și virnanț, din frunzele căreia se face un ceai calmant în durerile de stomac și intestine. 10) Ajută la început! – Arbore din florile căruia se face bine-cunoscutul ceai pentru tuse, bronșite, astm etc. – Plantă textilă, ale cărei semințe reglează constipațiile. 11) Plantă ornamentală din America Centrală – Arbust din America, din ale cărui frunze se extrage cocaina. 12) Denumirea bănețeană a plantei Varga ciobanului, folosită în medicina populară pentru dureri de ochi, friguri – Plantă ierboasă aromatică, folosită contra bolilor aparatului urinar și durerilor de stomac (ceai din semințe sau din tulpinile florifere).

Dicționar: IBA, UNE, EMERI.

Dr. Nicolae ANDREI

BALADA UNUI PRIETEN AFUMAT

Prietene, cînd te-am văzut dintîi,
Rezemaî tulpina unui lămîi
Crescut dintr-un simbur în glastră.
Starea ta era total albastră.
Ai prins o zi cu valuri și tangaj
Aveai încărcătură în bordaj
Și rătăciseși clar direcția
Încurcînd fiola, injecția,
Soția, adresa, buletinul.
Ai uitat și ți-ai făcut prea-plinul!
Iar geanta, cu registre (Diplomat),
Servea drept pernă viselor din pat.
Ai golit, cu sete, acvariul tot
Lăudîndu-l, că e „cel mai bun compot!”...
Oțetul din cămară-a dispărut.
Erai pantagruelic, absolut!
Ai devorat hamsii cu ceapă
Bînd chiar benzină-n loc de apă
Golind tot ce era de îngurgitat

Ba și săpunu-n baie, l-ai mîncat!...
Erai, îți spun prietene, „matol”
Deschisă-alimentarea de un țol!
Vroiai să pleci în cursă din garaj
Erai „pe bune”-n stare de blindaj.
Și-ncercînd s-arăți că n-ai nimica
Tu ștergeai calm mașina, cu pisica!...

Ion Gh. ARCUDEANU

TONICE

- Nu-i nevoie să deschideți gura atît, îl sfătuieste dentistul pe pacient.
- Păi, mi-ați zis că trebuie să intrați cu cleștele!
- Cleștele da, dar eu rămîn afară...

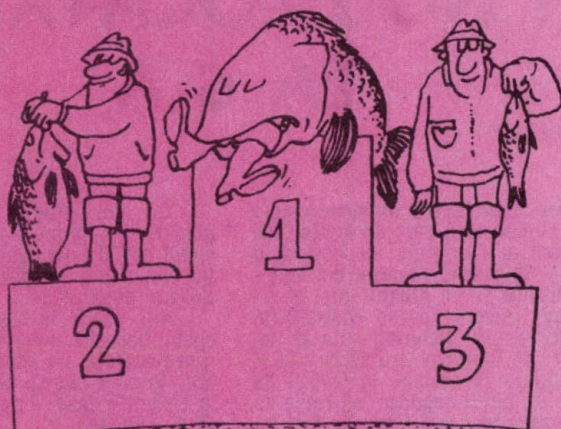
- Am fost la spital pe la Ionescu. O să stea cam mult pe-acolo.
- E atît de grav?
- Cine poate să știe. Numai s-o vezi pe sora care-l îngrijește!...

Mona SCOTTI

UMOR DE PRETUTINDENI



GENCO SIMEONOV
(U.R.S.S.)



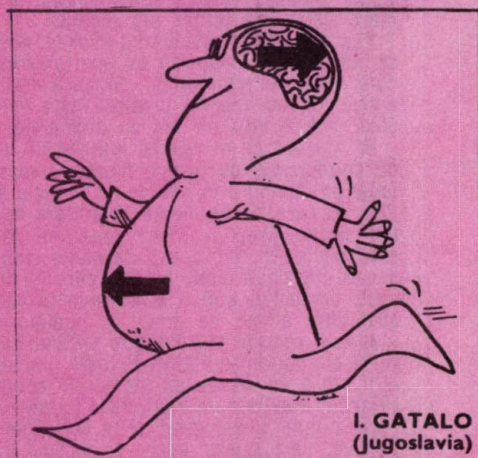
Deltuva



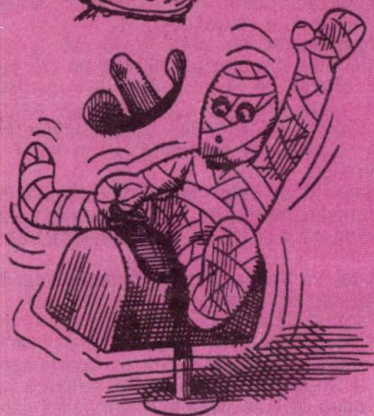
VELI
ŠEBKEDOV
(R.P. Bulgaria)



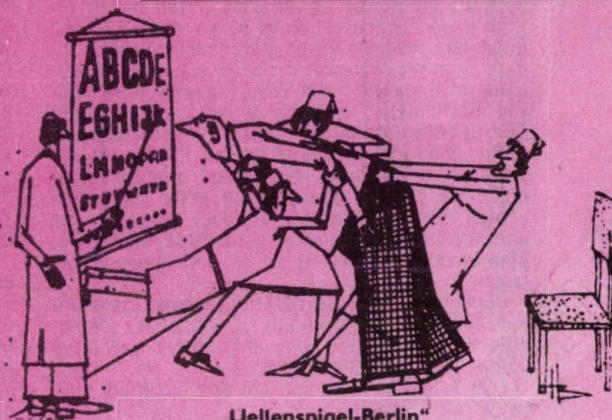
UNESCO



I. GATALO
(Jugoslavia)



SANDY HUFFAKER (S.U.A.)



„Uellenspiegel-Berlin“

UN NOU LOCATAR LA 6 A



S. RAFFERTY (S.U.A.)

Clădirea Chomley Towers era un anacronism printre luxoasele blocuri turn care se înălțau, de la un capăt al altul al Cartierului de Est, ca o puzderie de vrejuri de fasole, răsărite din magicele profituri postbelice și din prostul gust al arhitecților. Chomley Towers fusese înălțată în 1929, un an nefericit pentru închirieri - un an nefericit pentru orice, de fapt. Dar crahul a avut și unele efecte secundare favorabile, în sensul că locatarii potențiali au putut negocia contracte de închiriere avantajoase, care mai târziu au fost înăltate de legile asupra controlului chiriilor, după cel de-al doilea război mondial. Această șansă oferită de sistemul economic și de istorie explica de ce Chomley Towers era populată, în cea mai mare parte, de primii săi locatari.

Așa cum îi era obiceiul lui Mickey, portarul, să spună celor în căutarea de apartamente, la fiecare sfârșit de săptămână: „Singura dată cînd se învește un loc liber în clădirea asta este atunci cînd cineva iese din ea cu picioarele înainte”.

Pe măsură ce timpul își lua obolul, un număr de antreprenori de pompe funebre trecuseră prin holul de marmură în interes de serviciu și un număr de perechi mai tinere ocupaseră apartamentele lăsate libere - tineri căsătoriți (dar dacă erau căsătoriți, de ce atît de multe cutii poștale aveau cite două nume pe ele? care își dădeau la refuz combinele stereo și nu prea făceau deosebire între ghenă de gunoi și spălătorie.

Aceste condiții îngrozitoare făcîndu-și loc, din ce în ce mai amenințator, în toate ungherele clădirii, nu e de mirare că locatările etajului șase se arătară extrem de îngrijorate la săvîrșirea din viață a d-nei Kensington de la 6-A. Celelalte trei văduve, care aveau acces la același lift, erau, desigur, îndurerate de moartea Dorei, dar și intrigate de întrebarea: Cine se va muta la 6-A? Doamnele hotărîră să se intrunească la 6-B, cu d-na Cornelia Fitzbow în rol de gazdă și conducătoare a sedinței. Mai erau prezente d-na Phoebe Darlington-Thews de la 6-C și d-na India Ann Crawford de la 6-D. Doamnele se cunoșteau, vecine fiind, de 46 ani, și întrucît fiecare din ele își pierduse consorțiul, deveniseră prietene apropiate. Într-atît de apropiate, de altfel, încît frecventau aceeași coafeză, aceleași magazine de îmbrăcăminte și aceleași restaurante, fapt care, pînă la urmă, le conferi un aer de trigemene virsine.

Cornelia Fitzbow, al cărei soț fusese președintele propriei sale companii, lăsînd astfel moștenire, probabil, unele din atitudinile executive văduvei lui, deschise sedința.

- Ar trebui să închinăm noi apartamentul, zise ea, turnînd ceaiul.

- Cu ce, dragă? întrebă Phoebe Darlington-Thews, puțin ofensată. Soțul ei fusese casierul șef al unei bănci și, în consecință, era critic conștient de distrugătorul efect al inflației asupra depunerilor.

- Am putea interveni într-un fel sau altul, spuse Cornelia, așezînd ceștile și farfuriile în fața fiecăreia. De citva timp folosea serviciul cel nou, întrucît femeia care o ajuta din cînd în cînd la treburile casei îi spărsese trei toarte de la vechiul Limoges.

- Eu nu sînt sigură că dl. Cramer n-ar permite așa ceva. India Ann Crawford se referea la funcționarul care îi administra contul din bancă. De la moartea soțului, cu cincisprezece ani în urmă, dl. Cramer devenise autoritatea supremă în viața ei.

- Și nici dl. Nagler, susținu și Phoebe Darlington-Thews, făcînd aluzie, desigur, la cel ce se îngrijea de contul ei.

Dintr-un motiv oarecare, dl. Fitzbow murise fără a lăsa un testament și Cornelia avea un control deplin asupra propriilor bani.

- Și atunci ce facem? întrebă Cornelia, cu disperare în glas. Administrația clădirii cu siguranță nu ne va acorda dreptul de a accepta sau de a respinge noii locatari.

India își infipse dinții într-un minuscul biscuit chiltonian.

- Eu cred că nu putem face absolut nimic, zise ea. Va trebui să ne bazăm numai pe șansă.

- Are dreptate, Cornelia, spuse Phoebe. Sîntem la discreția lor. Nu putem decît să ne rugăm să ne vină o pereche simpatcă și liniștită - un avocat ori un doctor.

- Un doctor ar fi ideal, zise India Ann. Sărmanul dr. Morgan s-a jigărit de tot.

Dr. Morgan locuia cu soția lui la 5-C și, cu toate că nici unul din locatarii clădirii nu era pacientul lui oficial, pe el îl chemau la urgențele din timpul nopții. Doctorul chiar îi spusese odată soției lui, Shirley, că ar trebui să-și cumpere un cabinet în Kansas, ca să poată dormi și el o noapte întreagă.

- Atît timp cît nu este muzician, continuă India Ann. Angela Decker, de la 3-A, are unul alături care cred că a surzit de-atîta cîntat la trompetă.

- Vorba ta, va trebui să ne încredem numai în șansă, oftă gazda și mai turnă niște ceai.

Nu avură mult de așteptat. Două zile mai târziu sosi și mobila pentru 6-A. Doamnele erau foarte ocupate, trecînd fără odihnă dintr-un apartament într-altul. O atmosferă generală de relaxare se instală în clipa în care doamnele apreciară calitatea mobilei. Cîteva din piese, de fapt cele mai

multe, erau obiecte vechi și de preț, alese cu mult gust. Cu această dovadă, doamnele deduseră că noii lor vecini erau oameni de rafinement.

Cornelia Fitzbow luă inițiativa și întrebă pe unul din oamenii care ajutau la cărutul mobilei dacă știa cumva numele noului chiriaș.

- Squill, spuse omul, după ce-și controlă factura de încărcare-descărcare. Chauncey Squill din Greenwich, Connecticut.

În seara aceea, la restaurantul „Schrafft's”, unde cinau o dată pe săptămână, doamnele fierbeau de curiozitate.

- Trebuie să fie vreo pereche cumsecade ai cărei copii s-au făcut mari și s-au mutat în altă parte. Și-au lăsat casa de la țară pentru una la oraș, presupuse Phoebe Darlington-Thews.

- Ooo, asta înseamnă nepoți care vin în vizită de sărbători, ginguri India Ann Crawford. Ce frumos!

Din diferite motive, nici una din doamnele de la etajul șase nu avusese vreodată copii. Anul nou și alte sărbători le găseau împreună. Deveniseră, într-un fel, o adevărată familie, născută din prietenie și nevoia de companie. Tomas, meșterul „la toate” al casei, Le numise „Cei trei mușchetari” până la moartea Dorei Kensington.

- Cred că vă dați seama că d-na Chauncey Squill ar putea fi văduvă ca și noi. Cornelia Fitzbow era întotdeauna cea mai realistă din grupul lor.

- Ei, dacă e cumsecade, cu atât mai bine, cugetă India Ann. Și așa avem nevoie de a patra mină la bridge, de când s-a prăpădit sărmana Dora.

A doua zi își făcu apariția și noul locatar, cu tot calabalicul. Spre surprinderea grupului, noul chiriaș nu era nici pereche și nici văduvă, ci un domn cu părul argintiu, spilcuit, aproape de șaptezeci de ani. În realitate dădea impresia că era mult mai tânăr, datorită corpului bine întreținut și a firii lui vesele. Se dovedi foarte prietenos și acceptă numaidecît invitația de a bea un ceai cu noile lui vecine.

DL. Chauncey Squill, pensionar acum, fusese fabricant de nasturi, soția lui murind cu un an în urmă, în iarnă. Disparația ei nu părea să-l afecteze prea mult.

- Filozofia mea, dragele mele, e foarte simplă: tot ce poate cere omul de la viață este o naștere, o moarte și câteva hohote de ris între ele.

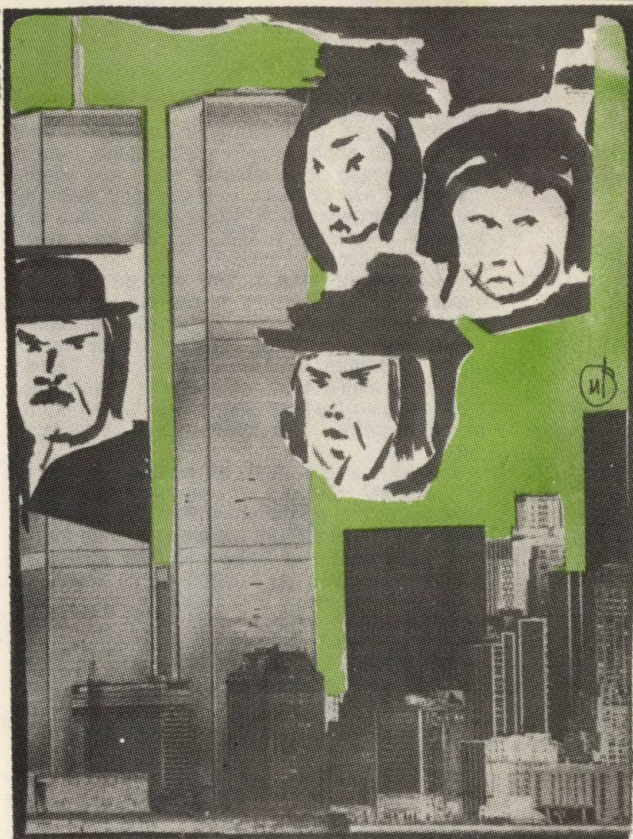
Cele trei doamne îl găseau de-a dreptul încântător. Era un povestitor neîntrecut, un gentleman desăvârșit și un companion minunat. Apoi, în cursul celei de-a doua săptămâni de la mutarea lui, Cornelia Fitzbow dădu glas unui gând vechi: ce-ar fi să-l invite la ziua lui Phoebe Darlington-Thews, care urma să fie sărbătorită anul acesta în apartamentul Annei Crawford?

- La urma urmelor, face și el parte din grupul nostru, într-un fel.

- Bineînțeles, consimți India Ann.

- Vai, dar am uitat să vă spun, zise d-na Phoebe Darlington-Thews. N-am să fiu aici de ziua mea.

- Și unde-ai să fii? întrebă Cornelia. Locuiești aici de doisprezece ani și întotdeauna am dat câte o petrecere în cinstea ta.



- Mă duc întii la teatru, pe urmă cinez la restaurant. Prietenele o priviră șocate.

- Dar tu nu ieși niciodată singură seara, Phoebe, știi asta prea bine.

- N-am să ies singură. DL. Squill m-a invitat în oraș și eu i-am acceptat invitația.

- DL. Squill! strigă d-na Fitzbow.

- La teatru și la restaurant! înghiți în sec India Ann.

- Ei bine, nu văd deloc ce-i rău în asta, spuse Phoebe, nu atât pentru a se apăra, cât pentru a afișa un aer de superioritate. Doar nu sint chiar așa de bătrână! La urma urmelor, eu sint cea mai tinără.

Această afirmație răci mult atmosfera la etajul șase. În ziua următoare Phoebe descrie destul de vag și aproape cu aroganță seara petrecută în oraș. Lucrurile se înrăutățiră trei zile mai târziu când India Ann deveni centrul atenției d-lui Squill. Acesta o invită la operă, apoi la o cină stropită cu șampanie. În răstimp de o lună, dl. Squill însoțise pe fiecare dintre doamne într-un loc sau altul, dar niciodată pe toate trei.

La un moment dat, India Ann nu mai vorbea cu Phoebe fiindcă aceasta îi făcuse dinadins un tort de ciocolată d-lui Squill de abia după ce India Ann remarcase că era tortul lui preferat. În același timp, Cornelia nu mai vorbea cu India Ann, care insistase să coboare ea prima în hol, în fiecare dimineață, pentru a ridica scrisorile d-lui Squill, după ce ea, Cornelia, avusese această idee mai întâi - desi nu o exprimase niciodată. Ceaurile grupului scăzură ia număr iar cina la restaurantul „Schrafft's” fu abandonată total.

Hăceala se transformă în ostilitate când, într-una din nopți, Ann își scrinți mina după ce se împiedicase de o canapea. India Ann susținu că Phoebe sau Cornelia, care dețineau amândouă chei la apartamentul ei, încercaseră în mod deliberat să o omore, furișându-se înăuntru pentru a schimba locul canapelei.

- Canapeaua asta a stat în fața fotoliului, exact în același loc timp de zece ani de zile, declară ea detectivilor care răspuseră apelului ei de „tentativă de omor”, dar azi noapte se afla chiar în dreptul ușii de la sufragerie. Femeile alea știau amindouă că eu mă mișc noaptea prin casă și că nu deschid lumina niciodată. Nici nu e nevoie - cunosc apartamentul ăsta ca pe buzunarul meu.

Se infurie și mai tare când polițistul sugera că ar fi distrată. Sub nici un chip nu mutase ea canapeaua și nici nu uitase de asta. India Ann știa că ea are o memorie de elefant și nici un individ care, după mintea ei, arăta prea tânăr pentru a fi detectiv, nu avea să o convingă de contrariul.

Dar nu urmă nici o investigație, nici un proces, nici o sentință, nici o condamnare la scaunul electric și India ceru prietenelor ei să-i dea cheile înapoi. De fapt își înapoiară cu toate cheile pe care le aveau de la apartamentul fiecăreia și pe care le păstrau de cîteva ani buni.

În timpul convalescenței, dl. Squill îi aduse Indiei Ann dulciuri, flori și un coș cu fructe monumental. O invită, de asemenea, pe d-na Darlington-Thews la restaurant și, către sfîrșitul săptămînii, o însoți pe d-na Fitzbow, dar numai la cinematograful, nu și la restaurant, nici măcar la o cafea după film.

Dl. Squill fu găsit mort în patul lui, două zile mai tîrziu, de către menajeră, care îl chemă pe dr. Morgan.

Incapabil de a încălca jurămîntul hipocratic, dr. Morgan răspunde chemării, deși era ziua lui liberă. Pe noaptea se aflau cîteva pilule pe care le recunosc a fi un medicament recomandat în bolile de inimă. Telefonă doctorului O'Keefe, al cărui nume era înscris pe flacon, care confirmă că dl. Squill era cardiac și că se trata la el de cîteva ani.

- M-am temut și eu de asta, zise O'Keefe. Electrocardiograma arăta rău de tot cînd și-a făcut-o acum cîteva zile.

- Vrei să vii pînă aici? întrebă dr. Morgan.

- N-ai vrea să-mi faci o favoare, Morgan? Fii amabil și semnează tu certificatul de deces. M-ai scuti de un drum pînă la marginea orașului.

- Sigur că da. E și o agendă cu numere de telefon pe aici, se pare că are ceva rude în oraș. Am să le telefonez.

Dl. Squill fu incinerat într-o joi și cele trei vecine ale lui participară la ceremonia funerară. Sosi fiecare cu taxiul ei dar, la sfîrșit, traficul era atît de intens încît se văzură silite să împartă același taxi pe drumul de întoarcere. În timp ce se îndreptau spre casă, vechea lor răceală începu să se topească încetul cu încetul și, pînă cînd păsăra în holul de la etajul șase, d-na Fitzbow le și invitase la un ceai. Tăifăsuiră o vreme, apoi se angajară într-o discuție mai serioasă, despre violetele africane, un subiect în care Phoebe Darlington-Thews era o expertă de necontestat.

- Păi, ar trebui să treci pe la mine ca să le vezi și pe-ale mele, Phoebe dragă, spuse India Ann Crawford, bătînd ușor mina vechii sale prietene.

- India, știu că iar le-ai udat prea mult. N-am să pot niciodată să te dezvăț de obiceiul ăsta uricios.

- Știi, fetelor, zise Cornelia Fitzbow din dosul serviciului de ceai, funeraliile sînt atît de deprimate. Ce-ar fi să mergem în seara asta la restaurant?

- E o idee minunată, ciripi India Ann. Și să comandăm și niște vin.

În aceeași seară, dr. Morgan și soția lui ieșeau și ei la restaurant și se întîlniră toți în hol, schimbînd cîteva remarci vesele. După ce doamnele dispărură într-un taxi, Shirley Morgan își privi soțul cu subînțeles.

- Mari figuri mai sînt și astea. Cei trei mușchetari. Știi că umbla zvonul prin clădire că erau toate amorezate de domnul ăla bătrîn de care te-ai îngrijit deunăzi?

Dr. Morgan chicoti.

- Ce? Crezi că l-a omorît vreuna din ele fiindcă i-a dat papucii pentru alta?

- Pastilele alea de inimă l-ar fi ucis dacă ar fi fost luate în cantitate mai mare?

- Haide, scumpo, nu fii melodramatică.

- Spune-mi, totuși, l-ar fi ucis? O doză prea mare l-ar fi putut ucide?

- Păi... Dr. Morgan ezită. Da, dar este absurd. Stătea foarte prost cu inima, e cît se poate de firesc să presupunem...

- S-a făcut vreo autopsie?

- Nu, n-a fost nevoie de nici o autopsie. Se afla sub supraveghere medicală.

- Vezi? Acum cadavrul este incinerat și nimeni nu va ști niciodată.

- Shirley, îți dai seama cît de absurd ar fi să insinuăm că una din doamnele alea ar comite o crimă numai pentru a nu fi lăsată cu buza umflată?

- Cine a zis că ăsta ar fi motivul? Dacă te-ai pricepe cît de cît la femei, ai înțelege, că prezența lui amenința să distrugă îndelungata lor prietenie. Există momente, dragul meu, cînd femeile pun prietenia și afecțiunea reciprocă mai presus de prezența unui bărbat în preajama lor. Mai ales la vista lor. Mă întreb care din ele a făcut-o.

- Pentru numele lui D-zeu, Shirley, termină. Nu l-a ucis nimeni. Punct.

- Ei bine, nu se lăsă ea, fără autopsie n-ai să știi niciodată. Cineva ar fi putut comite o crimă perfectă la care tu ai fi complice acum.

- Eu!?!

- Firește, dragul meu. Doar tu ai semnat certificatul de deces.

- Dacă mă gîndesc bine, își spuse el, abia auzit, am semnat cîteva certificate de deces în clădirea asta. Vocea îi deveni mai hotărîtă: Shirley, trebuie neapărat să ne mutăm de-aici!

Traducere de Petru IAMANDI



TESTAMENTUL MISTERIOS

M. MARTELL (ANGLIA)

Toți erau trști, ca sã vadã ceilalți cit de mult suferã. În realitate cu toții erau bucuroși cã sir John a pãrãsit în sfârșit aceastã lume. Ani de zile au tot așteptat moartea sa cu multã rãbdare, mai precis averea lui.

Majoritatea nu mai erau prea tineri. Henri Sullivan, fratele decedatului, și soția sa Thelma, fratele vitreg Howard, burlacul bãtrîn fratele vitreg, apoi Richard Parker, nepotul de patruzeci de ani. Excepție fãcea doar Susan, nepoata de nouãsprezece ani.

Moartea lui sir John a fost fulgerãtoare: otrãvit cu cianurã de potasiu! Și aceasta tocmai în ziua cînd toți moștenitorii s-au strîns în castelul sãu din Bedford. Singur Richard Parker, nepotul, a apãrut a doua zi dimineatã, cu ciinele sãu, de rasã croker.

- De ce v-a convocat sir John? - a întrebãt inspectorul de poliție Bill Clark, care conducea ancheta.

- Nu știm - a spus Henri Sullivan, fratele mortului - Am primit o scrisoare de invitație, dar aceasta nu arãta motivul. Cîstît sã spun, am fost surprins, cãci John, era un tip cãpos; nicio datã nu voia sã știe nimic de rudele sale apropiate. De mai bine de doi ani nu l-am mai vizitat.

- Cred - a intervenit medicul curant a lui sir John - cã a vrut sã punã ordine în ultimele sale dorințe. Boala sa era gravã; mult nu-i mai rãmãsesse de trãit: inima nu-i mai funcționa normal. Chiar dacã n-ar fi fost asasinat, ar fi murit foarte curînd.

- Sã recapitulãm! Inspectorul s-a întors spre servitorul Martin - cînd azi dimineatã i-ați adus ceaiul, ca de obicei la ora nouã, el era în pat. Pe semne a simțit efectul otrãvii, voise sã meargã la baie, dar n-a mai reușit. Potrivit constatãrii medicului, moartea a survenit între orele douãzeci și trei și douã. Ce a mai fãcut ieri seara?

- La ora zece mi-a spus cã nu mai are nevoie de mine și cã pot sã merg la culcare - zise servitorul - așã cã am plecat în camera mea. Ce a mai fost apoi, nu știu. Cînd plecam eu, erau în bibliotecã domnul și doamna Sullivan, domnul Howard și domnișoara Susan; sigur cã și Sir John era acolo, avînd pe masã o sticlã de șampanie.

- Șampanie? Aha... inspectorul cãzu pe gînduri - Domnule Henri, cu toții ați bãut șampanie?

- Nu, John a bãut porto.

- Dacã-mi permiteți sã spun ceva - interveni servitorul Martin. De la primul sãu infarct, ce a avut loc cam cu un an în urmã, sir John nu s-a mai atîns de șampanie și a bãut numai porto, pe care pînã atunci nici nu-l putea suferi în dormitor, avea întotdeauna pe noptierã o sticlã de porto. Înainte de a adormi el citea de obicei din Shakespeare și în timpul acesta bea un pahar de porto.

- Așunde - a spus inspectorul. Toate paharele folosite le-am trimis la laborator. Vã rog ca în zilele urmãtoare sã fiți la dispoziția poliției. Biblioteca și dormitorul lui sir John nu le veți putea folosi, ambele incãperi se închid... Miine, înainte de masã, la orele unsprezece, voi fi prezent la deschiderea testamentului. Poate ultimele dorințe ale lui sir John ne vor da vreun punct de sprijin.

Deschiderea testamentului s-a fãcut în spațiosul hol al castelului. Cu toții erau deosebit de tulburați. În urmãtoarele clipe se va decide soarta lor; în sfârșit vor fi bogați, vor putea trãi din plin. Inspectorul Clark ședea într-un colț. Figurã apaticã, urmãrea însă atent fiecare fleac, fiecare mișcare, fiecare expresie a tuturor, sperînd cã criminalul se va trãda involuntar.

Domnul Smith, legatarul, s-a așezat în spatele mãsutei de fumãtori, și-a potrivit ochelarii și a tușit ca sã-și dreagã glasul. Ciinele lui Richard Parker a sãrit imediat și a mîriit.

- Vã rog - s-a adresat avocatul cu vocea lui pițigãiatã, lui Richard Parker: - scoateți ciinele afarã, conturbã procedura legalã!

Cînd Parker s-a întors, avocatul a continuat:

- Sir John, a cãruia moarte ne-a afectat profund, a lãsat douã testamente diferite. Pe plicul pe care îl țin în minã este scris: „Acest document va avea valabilitate numai dacã voi muri de o moarte violentã. În acest caz, al doilea testament trebuie distrus”.

Legatarul s-a oprit și cu o privire semnificativã s-a uitat la cei prezenți.

- Întrucît sir John a murit de o moarte violentã - a continuat dupã o micã pauzã -, al doilea testament l-am distrus și-l deschid pe acesta pe care regretatul l-a lãsat pentru un caz deosebit.

A rupt sigiliul lui sir John și a deschis plicul.

- Sînt curios - a șoptit fratele vitreg al asasi-

natului, ce surpriză ascunde acest testament misterios!

Avocatul a scos din plic o coală de hirtie și a început să citească cu voce tare:

- „Eu, John Sullivan, declar drept ultima mea dorință, că întreaga mea avere va reveni celui membru de familie care va descoperi criminalul care m-a asasinat și îl va preda justiției...”

După această enunțare, holul semăna cu în-cinta parlamentului în culmea discuțiilor. Cu toții vorbeau agitați. Numai inspectorul Clark stătea liniștit în colțul său, urmărind reacția tuturor celor prezenți.

- Vă rog liniște! - a continuat avocatul - încă n-am terminat!

Cind atmosfera s-a mai liniștit a continuat: „Dacă nimănui dintre rudele mele nu-i va fi posibil să găsească asasinul și crima va fi elucidată de poliție, jumătate din averea mea va reveni clubului sportiv al poliției, iar cea de a doua jumătate aceloră dintre rudele mele care nu au nici-o vină în privința morții mele”.

Rareori oamenii se uită unul la celălalt cu atîta ură, învinuindu-se în gînd reciproc, ca rudele lui sir John.

- Tu îi turnai porto în pahar, tu Howard! - a explodat Thelma Sullivan, uitîndu-se cu ochii ei mici și răutăcioși la fratele vitreg al defunctului. Pe bietul John nu l-ai putut suferi de ani de zile și ai dorit să treacă în lumea de dincolo.

Howard rise și zise cu vocea răgușită:

- Ce să ne mai ascundem, moartea lui am așteptat-o cu toții. Și-acum vă prefaceți ca și cum v-ar dura. Să vă fie rușine! În gîndurile noastre am fost cu toții niște ucigași. Ce importanță mai are acum cine e adevăratul criminal?

- Eu văd altfel - a spus Henri Sullivan. Este adevărat, că pe fratele nostru nu l-am prea iubit, dar o moarte atît de groaznică nu i-am dorit-o niciodată...

În timp ce rudele se acuzau reciproc, inspectorul criminalist Clark a revenit la biroul său, reflectînd la acest caz interesant și la persoanele suspecte. Nepotul Richard Parker, de profesiune chimist, avea un acces mai mare decît ceilalți la substanțe toxice, dar în timpul fatal el nu era aici; era la Londra. A luat parte la congresul chimiștilor și tocmai în seara respectivă a prezentat o comunicare. Un alibi perfect, ce nu poate fi pus la îndoială.

Fratele Henri și soția sa Thelma erau niște cetățeni de vază și din punct de vedere financiar nu săteau tocmai rău, așa că nu aveau absolută nevoie de banii lui sir John.

A rămas fratele vitreg Howard, un tip ușuratic, neglijent, cartofor, oaia neagră a familiei și Susan, de nouăsprezece ani, o plăcută și frumoasă fată. Aceasta desigur n-ar fi fost în stare să ucidă pe cineva.

Drept criminal putea fi bănuț doar Howard. Nu exista însă nici o dovadă. Pe nici un pahar din care sir John și oaspeții săi au băut nu existau urme. În sticla și paharul din care a băut victima s-au găsit numai urme de porto curat. Era clar sir John a fost otrăvit în dormitor!

Sinuciderea era exclusă, fiindcă în paharul de pe noptieră s-ar fi găsit urme de otrăvă; era, deci, o crimă dar cineva, cu multă precauție și grije, a îndepărtat toate urmele. Dar cine?

A doua zi Richard Parker, nepotul cu un alibi exemplar, a venit la inspectorul Clark aducîndu-i un mic pachet.

- Uitați-vă, inspectore, ce a găsit ciinele meu în parcul unchiului - a spus tulburat, desfăcînd pachetul și arătîndu-i o sticlă goală de porto ascunsă într-un săculeț. A fost îngropată sub un pom în cel mai îndepărtat colț al parcului. Ciinele a mirosit ceva și a început să scormonească și atunci, curios, m-am dus să văd ce este și am găsit această sticlă.

- Foarte interesant - a spus inspectorul -, o dau imediat la analiză. Vă rog, aveți puțină răbdare, mă întorc imediat. Cu grija, a luat sticla suspectă și a plecat cu ea în laborator, ordonînd locotenentului să-l aducă neîntîrziat pe servitorul Martin.

La laboratorul poliției s-au găsit în sticlă din belșug urme de cianură de potasiu. Cînd după aproximativ un sfert de ceas locotenentul Williams a venit cu servitorul, inspectorul i-a trimis pe amîndoi în biroul alăturat. Richard Parker care se găsea în biroul lui Clark nu trebuia să știe de prezența servitorului.

- Am găsit sticla de porto cu otrăvă pe care sir John a folosit-o fără vrerea lui. Și acum spune-mi - a început inspectorul discuția cu servitorul - ce ți-a oferit Richard Parker, nepotul, pentru uciderea unchiului său?

Pe servitor parcă l-a lovit trăsnetul:

- Dar... eu... cum ați ajuns la această... concluzie?

- Îți spun bucuros. Domnul Parker s-a îngrijit de un alibi perfect, căci în timpul cînd s-a comis asasinatul prezenta o comunicare la congresul chimiștilor. Dar pe dumneata te-a lăsat într-o situație dificilă. Nimeni dintre rudele lui sir John, care nu era în relații cu el de doi ani, nu putea ști, că de la un timp acesta are o deosebită preferință pentru porto. Aceasta o știai numai dumneata. Nimeni dintre rude nu știa că sir John avea în noptieră o sticlă de porto, din care înainte de a se culca mai bea un pahărel. Aceasta o știai tot numai dumneata! Nimeni dintre rude nu putea în prima zi după sosire să pună otrava în sticlă fără ca ceilalți să nu observe. Aceasta o puteai face dumneata înainte de a merge la culcare. Nimeni în afară de dumneata nu știa ce scrie în testamentul, pe care cu patru luni în urmă, din ordinul lui sir John, l-ai dus avocatului... Totul îmi era clar de ieri, dar a trebuit să aștept ca să văd care dintre rudele lui sir John va dori să arunce vina asasinatului asupra unui alt membru al familiei, ca în acest fel să nu fie el suspect de a fi în combinație cu dumneata. Deci, care au fost pretențiile dumitale pentru această crimă?

Servitorul stătea împietrit pe scaun.

- Un sfert din avere - aproape a șoptit Martin - dacă cu indici falși și dovezi false s-ar reuși să se demonstreze faptul că Howard este asasinul și astfel domnul Parker, potrivit testamentului, ar fi devenit singurul și unicul moștenitor.

- Și în loc de acesta - a spus inspectorul - veți avea timp să reflectați amîndoi, dumneata și domnul Parker, la răcoare, căci pentru o crimă perfectă trebuie și puțină minte. Și așa ceva lipsește criminalilor.

Traducere de T. CUTLIC

ELLY. ȚI-A SOSIT CEASUL

Irene HINZ (R.F. a Germaniei)



Albert Braunke se gîdea fără remușcări: „Elly, moartă, arată mult mai mulțumită și mai tină, decît în urmă cu cîteva zile”. Proptit de ușă urmărea tăcut oamenii care duceau sicriul. Medicul Sander s-a apropiat de el și întinzîndu-i mina i-a spus: „Soția dv. a murit în urma unui infarct. N-am mai putut face nimic. Primiți, vă rog, condoleanțele mele”.

Braunke a dat trist din cap. Tăcut a urmărit plecarea doctorului. Nu, n-a fost un infarct dragă doctore, ci o cantitate mare de insulină injectată. Elly a vrut să cumpere dragostea lui. Ce absurditate! N-a iubit-o, pe ea a iubit doar banii ei. Elly îl iubea și Braunke se prefăcea, căci perspectiva averii, a avuției era ceva tentant!

Într-o seară Elly i-a făcut o surpriză plăcută: „Albert, de la primul soț am moștenit o anumită sumă de bani. Vreau s-o investesc bine. Tu ești farmacist, dar nu ai propria ta farmacie. Eu știu una care acum e de vînzare. O s-o cumpărăm. Ești de acord?”

„O evoluție mai rapidă decît mi-am închipuit” – s-a gîndit Braunke – a îngenucheat în fața soției și i-a sărutat minile.

Ea a zîmbit și i-a mîngîiat capul: „Mai am pentru tine încă o surpriză. N-am vrut să vorbesc despre ea. Dar... Cu cîteva săptămîni în urmă am fost la notarul Finkelstein și-am schimbat testamentul. Tu ești singurul meu moștenitor!”

Cuvintele ei i-au oprit respirația... „Ah Elly, n-ar trebui să vorbești așa. Ceasul tău se apropie” – s-a gîndit el.

Braunke a devenit proprietarul farmaciei și, totodată, moștenitorul soției. Dar Elly nu-i era dragă. Viața lor conjugală nu era deloc armonioasă. Neînțelegerile, certurile i-au creat soției o tristă dispoziție și lui Braunke îi era puțin teamă că Elly ar putea schimba testamentul. Așa că veșnic găsea o scuză, o justificare: „Sînt foarte obosit, lucrez mult”. „Să conduci o farmacie mare este un lucru de răspundere. Iartă-mă, dragă Elly”.



Braunke știa că Elly o vizitează des pe doamna Neuman, care locuiește în apartamentul vecin. Spera că despre neînțelegerile lor familiare aceasta nu știe nimic. Trebuia să ia repede o hotărîre. Avea tot ce a vrut și nu mai era cazul să se prefacă. Elly, ți-a sosit ceasul!

Într-o zi a venit acasă mult mai devreme ca de obicei. A îmbrățișat-o pe Elly și i-a spus: „Dragă nevestică să uităm neînțelegerile noastre. Iartă-mă dacă ți-am făcut vreun rău. Să petrecem o seară plăcută. Numai tu și eu. Ți promit că totul va fi altfel. Elly a plins de bucurie. Au băut, sorbind vinul roșu al cărui gust amărui i-a plăcut chiar. Puternicele tablete somnifere care le-a pus în vin au acționat repede. A adormit. Albert a ieșit din cameră și s-a întors cu seringă. În vene i-a injectat o mare cantitate de insulină. Apoi l-a chemat pe doctorul Sander.

*

Doamna Neuman cu ochii înlăcrimați urmărea cum duc sicriul cu rămășițele pămîntesti ale lui Elly. Dădea din cap „Este imposibil. Cum s-a putut întîmpla așa ceva?”

În ultimele săptămîni o văzuse tristă și nemulțumită. Cu trei zile înainte a vizitat-o. Era plînsă, dezorientată. A durat o bucată de vreme pînă ce s-a liniștit. Apoi a început să se destăinuiască povestindu-i căsnicia ei cu un bărbat mult mai tinăr, despre setea lui de avere, despre testament. Ceva nu era în regulă... Teama, frica lui Elly! Trebuie să-l înștiințez pe Paul - și-a spus doamna Neuman - să stea de vorbă cu mine. El, șeful poliției, este doar și nepotul meu.

*

Albert Braunke nu avea liniște. Se gîndea la vizitele lui Elly la doamna Neuman. Cu siguranță că i s-a destăinuit. Trebuie s-o aflu - și-a repetat. Nu avea nevoie de un martor incomod. A urmărit momentul cînd doamna Neuman mergea după cumpărături și i-a spus:

- Mă iertați doamnă Neuman, ați putea să stați de vorbă cu mine? Pot să vă invit la mine în această seară?

- N-am motive să vă vizitez domnule Braunke, a spus ea încet.

- Ați cunoscut-o bine pe Elly a mea. Vom vorbi despre ea.

- Mă înțelegeam cu Elly. Eram prietene. Mă vizita des.

Fruntea i s-a umplut de sudoare. Cum a spus-o? Erau chiar prietene?

- Bine, voi veni - s-a decis bătrîna doamnă.

- O să vă aștept - a spus și și-a luat rămas bun.

*

Braunke se uita nerăbdător la ceas. A reflectat bine. Pe masă erau pregătite două pahare cu vin roșu. În unul dizolvase pastilele de somnifer. S-a auzit soneria. A sărit de pe scaun:

- Buna seara doamnă Neuman, sînt bucuros că ați venit.

Era neliniștită. A condus-o în cameră și s-a

comportat foarte drăguț față de ea. Urmărea fiecare mișcare ce o făcea el. Printre vorbe i-a oferit vinul roșu.

De odată ea i-a pus o neașteptată întrebare:

- Știați că se temea?

Braunke a incremenit.

- Îi era teamă de mine? Dar pentru ce? Gulerul cămășii îl strîngea, l-a desfăcut.

- A simțit că nu ați iubit-o niciodată. V-au interesat doar banii ei, averea ei. V-a cumpărat farmacia, a făcut un testament în favoarea dv.

- Ce puteți să știți despre asta - a spus el enervat.

Doamna Neuman a continuat cu o voce liniștită:

- Mi s-a destăinuit. Venea cîte odată la mine plînsă, nefericită, neliniștită. Pînă la urmă s-a gîndit că vreți s-o omoriți. E de ris nu?

- Aveți dreptate, într-adevăr e de ris!

- Elly este moartă. Acest lucru e de plîns nu de ris, e ceva foarte trist.

- Avea o inimă slabă. Medicul a constatat drept cauza morții infarctul.

Doamna Neuman a băut din vin.

- Avea inima slabă dar ar fi putut ajunge la o frumoasă vîrstă. Dar dv. ați oprit-o. A oftat adînc și s-a decis să-i dea ultima lovitură. Trebuia să se concentreze mult ca să poată vorbi. Mai trebuie să vă spun ceva! Cu o zi înainte de moarte Elly a modificat testamentul. Voia pur și simplu să se convingă de adevăratele dv. sentimente. Voia să vă pună la încercare. Nu v-a spus? Da, da n-avea cînd. N-a avut timp!

A sărit lîngă ea și a scuturat-o de umăr.

- Mîniți! Vreți să mă provocați. Nu este adevărat!

Nu i-a răspuns. A cuprins-o o slăbiciune. Totul în jurul ei se învîrtea. „Nu mi-a pus ceva în vin?”

- s-a gîndit. „Mă așteaptă ceva ca pe Elly? Dar el are cheile, da cheile, doar i le-am dat. Ar trebui să fie deja... Capul i-a căzut fără putere într-o parte. Doamna Neuman a adormit. Braunke o urmărea.

- Știți prea multe, v-a sosit ceasul - a mormăit el, i-a ridicat minica, miinile îi tremurau puțin. A apropiat seringă de venă. N-avea altă cale. Era periculoasă!

A simțit atunci o durere puternică în ceafă și s-a prăbusit l-a pămînt. Cineva l-a scuturat.

- Poliția. Sînteți arestat - Sculați-vă - a strigat Paul Neuman și i-a prins miinile în cătușe.

Traduceri de T. CUTLIC



TAINA FARMACISTULUI

Frederic BROWN (S.U.A.)

- Am auzit - a început Sangstrom - că dumneata... (s-a uitat atent în jur pentru mai multă siguranță, ca să vadă, că în farmacie în afară de el și farmacist - nu mai e nimeni. Farmacistul era un bărbat de statură scundă, care putea avea atît cincizeci, cît și o sută de ani. Erau singuri cu toate astea Sangstrom a coborît vocea) se zice, că aveți o otrăvă, care, în corpul decedatului nu lasă nici o urmă...

Farmacistul, a dat afirmativ din cap, apoi a ocolit o masă de laborator și s-a îndreptat spre încăperea alăturată mormînd: Veniți, vă dau și dumneavoastră...

Sangstrom l-a urmat în încăperea alăturată. Pe pereții acesteia erau pînă la tavan rafturi pline cu sticle de toate mărimile. Farmacistul a pus reșoul în priză lîngă două scaune, după care ambii s-au așezat.

- Uite așa - a întrerupt farmacistul tăcerea - pe cine vreți să trimiteți pe lumea cealaltă și de ce?

- Are vreo importanță ? - a întrebat Sangstrom. Ajunge doar că vă plătesc...

Farmacistul a ridicat mîna: „Natural că are importanță. Trebuie să știu cine moare. Altfel...” a dat din nou din mîna.

- Bine - a fost de acord Sangstrom. Este vorba de soția mea. În ce privește de ce... - și a început să-i explice. Încă înainte de a termina, apa pentru cafea fierbea și farmacistul pentru moment a întrerupt convorbirea ca să poată turna cafeaua în cești. Sangstrom își continua justificările...

Farmacistul din nou a dat din cap:

- Da, cite odată vînd și asemenea otrăvă ce nu poate lăsa nici un fel de urme... Gratuit! Nu cer nici un ban cînd îmi este clar că este vorba de un lucru necesar. Am ajutat deja pe mulți...

- Splendid - a zîmbit bucuros Sangstrom -vă rog să-mi dați și mie atunci...

Farmacistul a zîmbit și el.

- V-am și dat. Cînd v-am turnat apă în ceașca cu cafea... știam că o meritați. Gratuit am spus. Dar antidotul nu va fi dat în mod gratuit.

Sangstrom a pălit deodată și a scos din buzunar revolverul.

Scundul farmacist a ris.

- Nu veți trage! Credeți că singur ați putea găsi antidotul în acest labirint de sticle și sti-

cluțe? Dacă credeți că vreau doar să vă sperii, n-aveți decît să trageți. Peste trei ore, cînd otrava își va face efectul, vă veți convinge că v-am spus doar adevărul.

- Cît vreți pentru antidot? - a întrebat Sangstrom.

- O mie de dolari. De trăit vrem cu toții să trăim. Pasiunea mea este într-adevăr să împiedic crimele, dar nu vād nici un motiv ca prin aceasta să mai pot cîștiga și eu ceva. Aveți cumva o altă părere?

Sangstrom a scrișnit din dinți și a pus revolverul pe masă. Așa, ca să-l aibe la îndemînă. Apoi a scos portvizitul. Poate că de revolver va mai avea nevoie, după ce primește antidotul. A numărat zece bucăți de o sută de dolari, le-a pus pe masă.

Farmacistul a lăsat banii pe masă. După o clipă i-a spus:

- Și încă ceva, în ce privește siguranța soției dumitale și în ce mă privește. Semnați-mi o declarație din care să rezulte limpede și clar, că ați vrut să vă asasinați soția. Apoi veți aștepta aici cîminte pînă ce mă întorc. Trimiteți declarația prin poștă prietenului meu. Declarația rămîne ca o dovadă pentru cazul că vreodată v-ați hotărî totuși să vă omoriți soția sau pe mine. După ce voi arunca declarația la cutia poștală, mă întorc și vă voi da antidotul. Acum vă aduc hirtie și un toc... Și încă ceva: nu insist, dar aș fi bucuros dacă ați povestit și altora despre otrava mea deosebită care nu lasă urme în victimă. Omul nu știe niciodată, dragă domnule Sangstrom. Poate mă ajutați în acest fel să salvez vreo viață. Ar putea fi chiar a dumitale - dacă ai vreun dușman...



CĂRAREA MĂGARULUI

Consiliul profesoral hotărî să se înceapă o campanie contra elevilor fumători. Se procedă metodic: discuții în orele de dirigiență pe această temă, discuții individuale, convorbiri îndelungate cu părinții elevilor în cauză, scăderea notelor la purtare și chiar eliminări. Metodele conjugate se dovediră eficace. (Un rol determinant îl avură însă tot părinții, care, aplicînd alte metode decît cele ale cadrelor didactice, își trimiseră a doua zi odraslele la liceu fără țigară în gură, în schimb cam „mototoliți” bine la față...) Rămăseseră însă, printre elevii mari, trei învederați fumători, impenetrabili la toate metodele aplicate pe rînd. Doi dintre ei – Viorel Marinescu și Armando Michell – candidați și în acel an la repetenție, erau zilnic chemați la cancelarie, nu numai pentru fumat, ci și pentru bătăile ce le aplicau colegilor mai mici, care nu le dădeau minimum cinci lei, sau care se împotriveau la scotocitul buzunarelor. Mai mult chiar, unul dintre ei – Viorel Marinescu – îi viri lui Virgil Enescu un șomoioag de hîrtie pe gît, de ciudă că nu găsise ce căuta. Reclamațiile părinților celor maltratați curgeau zilnic. Și din nou se convocă consiliul profesoral, la care fură invitați și părinții celor implicați. Se propuse eliminarea lor din liceu. Părinții erau distruși... Profesorul de matematică – Buduru – dirigintele clasei, om sever, dar cu inimă largă, veni cu o idee slăvitoare pentru toți: – Nu-i eliminăm. La anul vin din nou, și iar o luăm de la capăt... Să-i tundem, tot sînt ei cei mai tanțoși din tot liceul cu crestele lor de cocoși. Îi tundem la prima abatere. Părinții celor trei îi mulțumiră din adîncul inimilor lor zbuciumate. La ora de dirigiență, profesorul le înfățișă frumoasele perspective. Elevul Firescu sări din bancă, se duse la catedră și scoțînd pachetul de țigări, asacuns în ciorap, îl puse pe catedră. – Bravo, flăcăule, te felicit pentru hotărîrea ta! Rămii și cu frumosul tău păr cir-

lionțat, și cu sănătate în plămîni! Urmați-i și voi, ceilalți doi, exemplul. – Noi nu sîntem „huseni” ca el – zise Viorel ca să fie auzit numai de cei din jur și rămase nemișcat, alături de colegul lui de bancă, de Armando. Peste cîteva zile, W.C.-ul liceului luă foc iarăși... Profesorul diriginte se duse repede, înarmat cu o mașină de tuns numărul zero. Scoase „victimele” din foc și fum și le duse în curtea liceului, plină de elevii ieșiți în recreație. În cîteva minute, ambilor fumători le făcu cîte o cărare, din mijlocul frunții pînă la ceafă. – Să purtați sănătoși „Cărarea măgarului” – le ură profesorul, și-i slobozi în hohotele celor adunați în jur. Clopoțelul sună. În clasă colegii nu se mai săturau să mîngie cele două cărări de măgari..., rîzînd de răsuna tot liceul. Viorel își luă șapca, și-o trase pe ochi și o zbughi afară. Se îndreptă spre frizerie, dar în drum își opri privirile pe afișul unui cinematograf. Și cum era cătrănit în suflet, intră la film, ca să-i mai treacă din necaz. În sală era zăbuseală. Își scoase șapca din cap și-i căută locul. Spre scaunul unde se așezase, se îndreptară zeci de priviri curioase. Chicotele se transformară în risete, din ce în ce mai puternice. Se răsuci în scaun și privi și el în spate, să vadă de ce este vorba. Era nedumerit, că nu găsea nimic de ris. De undeva, din spatele sălii, se auzi strigat, de glasul unei fete. Era o prietenă de-a lui, care-l întrebă zeflemitor: – Viorele, cine te-a coafat așa de frumos? Dă-mi și mie adresa... Negru i se făcu în fața ochilor. Își puse repede șapca pe cap și o rupse la fugă, călcîndu-i pe picioare pe cei din jur. Sala devenise, într-adevăr, o sală de adevărat spectacol... „Lua-le-ar dracu de țigări! Nu-mi mai trebuie, că m-au făcut de ocară tuturor” – și scoțînd pachetul de țigări din buzunar, îl trînti pe trotuar și-i dădu un „șut” de se duse cît colo...

Virgiliu ENE



DEZLEGĂRI

LA SALA DE TRATAMENTE: CINCI SERINGI NOI.

PENTRU VACCINARE: LANȚETE

DIN TERAPEUTICĂ: REMEDIU ÎNCERCAT

PLANTE MEDICINALE

SUNĂTOARE • AC • ANASON • OMAGI • PELIN
– STEJAR • BRUSTUR • VD • NEA • ROINITA • AL
– LIVID • REMF • INARICĂ • IBA • ART • OR • TO
– LEVANTICA • ARBORI • PANAR.

MEDICINA ÎN FAMILIE... DE CUVINTE

MOLIPSITOARE • ERE • AUZ • SLUT • ABSENT •
RABIE • NIT • TURAT • NR • DT • TERENURI •
RASĂ AMARĂ • TRATA • AIDA • CÎMP • IG • DAT
• MAR • AGERI • CI • ANESTEZIST • NA • FINA-
LISTE • ARSICE • ASTRU

NUMAI DESPRE SĂNĂTATE

SANATORIU • APA • RA • UNSE • NASTERI • ITB
• AR • RABDATOR • TAS • ZARVA • ATITA • OITA
• TEMA • OPAITE • TICAIT • EX • SIAC • ZORIT
• CORT • FIRE • ACE • VIE • AUZ

MEDICALĂ

URECHE • NAS • GÎT • ECZEMA • INAPTI • AN
• TEI • ARTERA • CITO • PAT • UP • LIPSI • PLAS-
TII • VS • AM • AORTA • OGOI • NOITA • MARIT
– PRAF

GIMNASTICĂ

SEDENTARISM • PAUZA • NOU • RESPIRA •
RCA • AA • OPRI • IOTA • STATIC • MARI • UB •
DA • MP • DORSALI • ILIE • II • ICB • NEG • PG •
INAR • EXERCIȚII • RANDAMENT

Dezlegare: CINCI SERINGI NOI
(adică: C în C îs; e R în G; în O(e)I).

DESPRE VACCINĂRI

BOLI • BEHRING • OMS • RABIE • ORAL • RI •
TUBERCULOZA • DAK • JENNER • ETOGES • AN-
TRIM • CIO • TIO • IV • EHRlich • CIUCA • TL
– LANTETA • ARC • RECE • LI • CIOC • UVA •
PASTEUR • BT • CALMETTE • SABIN

- ACTUALITATEA MEDICALĂ PE GLOB
- TERAPIE NATURISTĂ
- DIETETICĂ
- UNIVERSUL FAMILIEI
- VIAȚA INTIMĂ
- CE ȘTIM DESPRE CORPUL NOSTRU ?
- CARE SÎNT BOLILE SPECIFICE FIECĂREI VÎRSTE
ȘI CUM LE PREVENIM ?
- CUM SĂ ACORDĂM UN PRIM-AJUTOR
PÎNĂ LA SOSIREA MEDICULUI ?

LA TOATE ACESTEȘI LA ALTE ÎNTREBĂRI GĂSIȚI RĂSPUNSURI
ÎN REVISTA „SĂNĂTATEA”. PUBLICAȚIE DE PROPAGANDĂ ȘI
EDUCAȚIE SANITARĂ A POPULAȚIEI,
EDITATĂ DE SOCIETATEA DE CRUCE ROȘIE.
ÎN FIECARE NUMĂR PERSONALITĂȚI ALE VIEȚII ME-
DICALE. PSIHOLOGI, PEDAGOGI ȘI ALȚI SPECIA-
LIȘTI VĂ OFERĂ RĂSPUNSURI ÎN RUBRICILE
„PROFILAXIE ȘI ANOTIMP”, „A TREIA
VÎRSTĂ”, „INTERVIUL LUNII”, „AN-
CHETA REDACȚIEI”, „LA VÎRSTA
ÎNTREBĂRILOR”, „COPILUL NOS-
TRU”, „CURIERUL SĂNĂ-
TĂȚII” ȘI ALTELE



Sănătatea

O REVISTĂ A FIECĂREI FAMILII

ABONAMENTELE
SE POT FACE LA TOATE OFICIILE POȘTALE DIN
ȚARĂ, LA FACTORII POȘTALE ȘI DIFUZORII VOLUN-
TARI DIN ÎNȚEPRINDERI ȘI INSTITUȚII. LA SATE
REVISTA SE GĂSEȘTE DE VÎNZARE LA MAGAZINELE
COOPERATIVELOR DE CONSUM. COSTUL UNUI ABONA-
MENT PE 1 AN — 36 DE LEI, PE 6 LUNI — 18 LEI

SĂNĂTATEA MAGAZIN

HIPOCRATE SE
UMOR
AMUZA
REBUS



IMUNIZARE
UMOR

CURIOZITĂȚI



S.O.S.
POLUAREA



TREIA
VÂRSTĂ

STATIONI
BALNEOCLIMATICE

PLANTE MEDICINALE
farmacia
casei

ADOLESCENTA

FACTORI
DE RISC

ALMANAH
REALIZAT
DE
REVISTA

Sănătatea

Redactor șef: dr. George M. GHEORGHE
Secretar responsabil de redacție: Valeria CHILĂU
Coordonatorul almanahului: Cristian IONESCU
Fotoreporter: Nicolae MEDIANU
Coperta: Adrian DRAGOMIRESCU
Prezentarea artistică: Costel COMAN



Tiparul executat de
Combinatul poligrafic
„Casa Științei” — București